

TARTU ÜLIKOOL  
Pärnu kolledž  
Sotsiaaltöö korralduse osakond

Krete Ledis

# **TÖÖLESAAMIST MÄÄRAVAD TEGURID SELJAAJUTRAUMAGA INIMESTE NÄITEL**

Lõputöö

Juhendaja: Kandela Õun, MSc  
Kaasjuhendaja: Margot Bergmann, MSc

Pärnu 2016

Soovitan suunata kaitsmisele .....

(juhendaja allkiri)

.....

(kaasjuhendaja allkiri)

Kaitsmisele lubatud "...“..... a.

TÜ Pärnu kolledži ..... osakonna juhataja

.....

(osakonna juhataja nimi ja allkiri)

Olen koostanud töö iseseisvalt. Kõik töö koostamisel kasutatud teiste autorite tööd, põhimõttelised seisukohad, kirjandusallikatest ja mujalt pärinevad andmed on viidatud.

.....

(töö autori allkiri)

## SISUKORD

Sissejuhatus .....	4
1. Teoreetiline ülevaade seljaajutrauma järgsest elukvaliteedist ja töötamisest .....	6
1.1. Seljaajukahjustus, selle mõju toimetulekuvõimele ja elukvaliteedile .....	6
1.2. Erivajadusega tööelisele inimesele pakutavad töölerakendumist toetavad teenused .....	9
1.2.1. Töövõimereform töövõime toetamise süsteemina .....	9
1.2.2. Haridus- ja sotsiaalteenused õppimis- ja sotsialiseerumisvõimaluste tagajana .....	11
1.2.3. Töötukassa teenused tööturul osalemise toetajana .....	14
1.3. Seljaajutraumaga inimeste töölesaamist määravad tegurid väljaspool Eestit .....	16
2. Uurimus seljaajutraumaga inimeste töölesaamist määravate tegurite kohta .....	21
2.1. Ülevaade seljaajutraumaga inimestest Eestis .....	21
2.2. Uuringu läbi viimine ja ülevaade valimist .....	22
2.3. Uurimistulemuste analüüs .....	25
2.3.1. Vigastusega seotud tegurid .....	25
2.3.2. Tööstaatus, tööhõive seos erinevate teguritega .....	27
2.3.3. Hinnangud töölesaamist takistavatele ja hõlbustavatele teguritele .....	30
2.3.4. Hinnang Eesti üldisele olukorrale töölesaamise osas .....	35
2.3.5. Arutelu ja tulemuste võrdlus teiste uuringutega .....	38
Kokkuvõte .....	41
Viidatud allikad .....	44
Lisad .....	49
Lisa 1. Ankeetküsimustik .....	49
Lisa 2. Hinnangute võrdlus moodustatud gruppide alusel .....	52
Summary .....	53

## SISSEJUHATUS

Töövõimereformiga loodud uue töövõime toetamise süsteemi eesmärk on muuta suhtumist vähenenud töövõimega inimestesse ning aidata neil tööd leida ja seda ka säilitada. Erivajadustega inimeste tööle rakendamisel on erinevaid kitsaskohti ja oluline on välja selgitada ühe konkreetse sihtrühma foonil peamised töölesaamist määravad tegurid, tuginedes muuhulgas nende isiklikule kogemusele ja arvamusele.

Aasta-aastalt kasvavate liiklusõnnetuste, kukkumiste ning muude õnnetuste arv kasvatab omakorda ka seljaajutraumaga inimeste hulka, kelle elukvaliteet langeb traumast tingituna oluliselt. Maailmas lisandub igal aastal üle 100 000 seljaajutraumaga inimese. Eestis on seljaajutrauma esinemissagedus 39,7 juhtu miljoni elaniku kohta, s.o 50 uut haigusjuhtumit aastas. (Sabre, 2013, lk 9) Lülisamba vigastuse tagajärjel tekkinud funktsioonihäire ning üla- ja/või alajäsemete halvatus on enamjaolt pöördumatud ning tihtilugu saab ratastoolist inimese peamine liikumisvahend. Vaadates statistikat ja omades kogemusi selle sihtrühmaga töötamisel, on seljaajutrauma läbi teinud inimesed peamiselt elujõus noored mehed ning selline raskekujuline vigastus muudab drastiliselt nii nende endi kui ka nende lähedaste elu. Kuna seljaajutraumaga inimesed on enamjaolt tööealised, siis on nende integreerumine elu- ja töökeskkonda väga tähtis, seda nii psühho-emotsionaalsest kui ka sotsiaal-majanduslikust aspektist (Wyndaele *et al.*, 2006, lk 523). Siit tuleneb antud lõputöö olulisus ja vajalikkus.

Käesoleva uurimistöö eesmärk on kaardistada Eestis elavate seljaajutraumaga inimeste peamised töölesaamist määravad tegurid ja tulemuste põhjal teha ettepanekuid uuritava sihtrühma tööle rakendamiseks. Uurimistöö läbi viimisel tuginetakse järgnevatele uurimisküsimustele: Milliseid seoseid võib leida töötamise ja traumast tingitud tegurite (vigastuse kõrgus, traumast möödunud aeg, põhiliikumisviis) vahel?

Millised seosed ilmnevad töötamise ning uuritava sihtrühma vanuse, soo, elukoha ja hariduse vahel? Kuidas hindavad uuringus osalejad erinevate töötamist soodustavate ja takistavate tegurite mõju? Millised sarnasused ja erinevused ilmnevad, kui võrrelda käesoleva uuringu ja väljaspool Eestit läbi viidud uuringute tulemusi? Uurimistöö eesmärgi saavutamiseks vajalikud uurimisülesanded on aga järgnevad:

1. Anda teoreetiline ülevaade seljaajukahjustuse olemusest ja peamistest elukvaliteeti mõjutavatest faktoritest seljaajutrauma järgselt.
2. Tuua välja seljaajutraumaga tööealisele inimesele pakutavad töölerakendumist toetavad teenused Eestis.
3. Viia läbi ankeetküsitlus Eestis elavate seljaajutraumaga inimeste seas ning seejärel analüüsida saadud andmeid.
4. Ankeetküsitluse kaudu saadud tulemuste põhjal selgitada välja peamised töölesaamist määravad tegurid peale seljaajutraumat.

Lõputöö esimene osa annab teoreetilise ülevaate seljaajutrauma olemusest, sellega kaasnevatest osalemis- ja tegutsemispiirangutest, nende mõjust elukvaliteedile. Lisaks tuuakse välja erivajadusega tööealisele inimesele pakutavad töölerakendumist toetavad teenused ning kirjeldatakse väljaspool Eestit läbi viidud uuringute tulemusi töölesaamist määravate tegurite kohta. Töö teine osa annab ülevaate empiiriliste andmete kogumiseks vajamineva ankeetküsitluse ettevalmistamisest, läbi viimisest ja selle tulemustest.

Lõputöö autor tänab juhendajat Kandela Õuna ja kaasjuhendajat Margot Bergmanni hea ning tulemusliku koostöö eest. Suur tänu uuringus osalejatele, kursusekaaslastele, perekonnale ja teistele toetajatele.

# 1. TEOREETILINE ÜLEVAADE SELJAAJUTRAUMA JÄRGSEST ELUKVALITEEDIST JA TÖÖTAMISEST

## 1.1. Seljaajukahjustus, selle mõju toimetulekuvõimele ja elukvaliteedile

Lülisamba kanalis asuv seljaaju moodustab koos peaajuga kesknärvisüsteemi, mille ülesandeks on juhtida organismi elutegevust. Seljaajukahjustuse võib tekkepõhjuse järgi jaotada traumaatiliseks ja mittetraumaatiliseks. Mõlemal juhul on tagajärjeks erineva ulatusega motoorne ja/või sensoorne defitsiit, st üla- ja/või alajäsemete, kehatüve ja vaagnavöötmel osaline või täielik halvatus ning tundlikkushäired. (Field-Fote, 2009, lk 33; Sabre *et al.*, 2011, lk 129) Seljaajukahjustus on valdavalt mitte-progresseeruv, kuid võib ajapikku tekitada eluohtlikke komplikatsioone ning kaasuvaid tervisehädaid. Samuti on seljaajukahjustus oma olemuselt enamjaolt pöördumatu. (Wyndaele *et al.*, 2006, lk 524)

Seljaajukahjustus mõjutab ka teisi eluliselt tähtsaid organsüsteeme ning võib põhjustada teisesid komplikatsioone. Südame-hingamiselsundkonnaga seotud probleemid on üheks peamiseks haigestumuse ja suremuse põhjustajaks seljaajukahjustusega inimeste hulgas, eriti neil, kellel on vigastus lülisamba kaela- või rinnaosas. Lisaks on probleemiks episoodilised vererõhu kõrgenemised ja süvaveenide tromboos. Skeleti-lihassüsteemi peamiseks komplikatsioonideks on spastilisus, luumurrud ning osteoporoos. Luude hõrenemine tekib luude vähese koormamise tõttu, mis omakorda on põhjustatud liikumatuses ning pidevast lamamis- ja istumisasendist. Paljud seljaajukahjustusega inimesed kannatavad kroonilise valu käes. (Field-Fote, 2009, lk 38) Autonoomse närvisüsteemi kahjustusest tulenevad põie-, soole- ja seksuaalfunktsiooni häired (Sabre, 2013, lk 19; Kumar *et al.*, 2012, lk 13; Ghazwin *et al.*, 2015, lk 3).

Seljaajutrauma järgselt on oluline jälgida regulaarselt vererõhku, veregaase, südametegevust, uriinieritust ja kehatemperatuuri. Taastusraviprotsessis peab arvestama eelpool mainitud komplikatsioonide ja tüsistustega, sest õigeaegsel ravil, erinevate tüsistuste ennetamisel ning varajasel avastamisel on peale seljaajukahjustust kandev roll elukvaliteedi määramisel. (Sabre *et al.*, 2011, lk 134)

Kui vigastada saab lülisamba kaelaosa, tekib seljaajukahjustuse tagajärjel nelja jäsme halvatus ehk tetrapleegia – haaratud on üla- ja alajäsmed, kehatüvi ja vaagnavöötmeorganid. Kui vigastus paikneb lülisamba rinna-, nimme- või ristluuosas, siis ülajäsemete funktsioon säilib täielikult, kuid sarnaselt kaelaosa vigastusega on häirunud jalgade, kehatüve ja vaagnavöötmeorganite töö. (Field-Fote, 2009, lk 34)

Seljaajukahjustusest taastumine on individuaalne ning sõltub paljudest faktoritest, sh vigastuse iseloomust, kõrgusest, ulatusest ja raskusastmest. Seljaajutraumade peamiseks tekkepõhjuseks on liiklusõnnetused (nii auto kui ka mootorrattaga), kukkumised erinevatelt kõrgustelt, vettehüpped ja muud traumad (Sabre, 2013, lk 14 - 15). Sagenenud on spordi- ja vabaajategevustega seotud õnnetused (Zirnask, 2013).

Rahvusvahelise funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsiooni (RFK) järgi tähendab mõiste „tegutsemine“ mõne tegevuse sooritamist või ülesande täitmist. Siit tulenevalt on „tegutsemispiirangud“ raskused, mida indiviid võib erinevate tegevuste ajal kogeda. „Osalus“ on inimese kaasatus reaalsesse elusituatsiooni ja „osaluspiirangud“ on probleemid, millega indiviid võib mõnes elulises situatsioonis kokku puutuda. (Pölluste, 2005, lk 8) Seljaajutraumaga inimeste rehabilitatsiooni peamiseks eesmärgiks on sotsiaalse osaluse ja kaasatuse suurendamine ühiskonnas (Suttiwong *et al.*, 2015 lk 325; Magasi *et al.*, 2006, lk 145), mida mõjutavad lisaks tegutsemispiirangutele ka erinevad keskkonnategurid ja personaalsed faktorid (Forchheimer *et al.*, 2004, lk 164).

Suur osa tegevus- ja osalusprobleemidest on seotud liikumispiiratusega – seljaajutrauma tagajärjel tekkinud funktsioonihäire tulemusena saab ratastoolist tihti inimese põhiline liikumisvahend, millest tulenevalt on raskendatud ka siirdumised erinevatele tasapindadele (sh asendisisesed siirdumised voodis ja liikumine treppidest). Sõltuvalt vigastusest tekib kõrvalabivajadus igapäevaelu tegevuste sooritamisel (söömine,

riietumine, tualeti- ja hügieenitoimingud), raskendatud on ka poes ja teatris käimine, toiduvalmistamine ja majapidamistööde tegemine. Tekivad transpordiga seotud piirangud – takistused ilmnevad ühistranspordi kasutamisel, raskendatud võib olla sõiduvahendisse sisse ja välja saamine ning ka auto juhtimine. (Biering-Sörensen *et al.*, 2006, lk 542)

Suhtlusringkonna ja heade suhete säilitamine nii pere, lähedaste kui ka sõpradega võib valmistada raskusi. Vabaaja- ja ühistegevustes osalemise piiratus, raskused töötamise jätkamisega varem omandatud erialal ning töökohal – sotsiaalse osaluse piirangud tekitavad olukorra, kus inimene ei saa ennast tunda täisväärtusliku ja teistega võrdse ühiskonnaliikmena (Biering-Sörensen *et al.*, 2006, lk 542; Kennedy *et al.*, 2006, lk 96). Järgnevalt tuuakse välja peamised tegurid, mis määravad seljaajutraumaga inimeste elukvaliteedi.

Seljaajutrauma tõttu invaliidistub maailmas igal aastal üle saja tuhande inimese. Lisaks markantsele eluaegsele puudele on seljaajutraumal mõju ka inimese elumusele ning elukvaliteedile. (Sabre, 2013, lk 74) Ellujäänute arv on seljaajutrauma järgselt oluliselt suurenenud just meditsiinisäavutuste tõusu tõttu (França *et al.*, 2011, lk 1363; Ebrahimzadeh *et al.*, 2014, lk 1), kuid suurem osa neist ei parane täielikult (Ebrahimzadeh *et al.*, 2014, lk 1; Krause *et al.*, 2011, lk 75).

Elukvaliteet sõltub sellest, kuidas uue elusituatsiooniga toime tulla ja seetõttu on vaja sellele ka tähelepanu pöörata (Ghazwin *et al.*, 2015, lk 1). Autonoomse närvisüsteemi häiretest tulenevad probleemid seljaajutrauma järgselt (seksuaalfunktsioon, põie- ja sooletegevus, vererõhu järsk langus ja/või tõus) on tähelepanuväärsed elukvaliteedi mõjutajad (Sabre *et al.*, 2011, lk 129).

Andersoni (viidatud Sabre *et al.*, 2011, lk 129 vahendusel) 681 suuruse valimiga uuringu eesmärk oli välja selgitada elukvaliteeti määravad faktorid peale seljaajutraumat. Selgus, et kae funktsiooni taastumine oli lülisamba kaelaosa vigastusega ehk tetrapareesiga inimeste jaoks kõige olulisem. Lülisamba seljaosa kahjustusega ehk parapareesiga inimeste prioriteediks oli seksuaalfunktsiooni taastumine. Põie- ja sooletegevuse paranemine oli mõlemas rühmas tähtsuselt järgmine. (Sabre *et al.*, 2011, lk 129)



Tõsisteks komplikatsioonideks seljaajukahjustuse korral on lamatised ja krooniline valu (França *et al.*, 2011, lk 1362; Field-Fote, 2009, lk 48), mis mõjutavad inimese psühholoogilist seisundit ja seetõttu otseselt ka elukvaliteeti (França *et al.*, 2011, lk 1362). Nii nagu psühholoogiline heaolu, majanduslik toimetulek ja oskuste areng aitavad trauma järgselt kaasa eluga rahulolu kasvule, teeb seda ka reintegreerumine ühiskonda. See aitab kaasa sõprussuhete loomisele, teadmiste ja oskuste omandamisele, loovuse arengule ning mis peamine – aitab püstitada eesmärgid ja leida elumõtte. (Kumar *et al.*, 2012, lk 11)

Üheks valdavamaks ja tõsisemaks probleemiks seljaajutraumaga inimeste seas on töötus. Töölase tegevuse puudumine mõjutab elukvaliteeti olulisel määral (Ottomanelli & Lind, 2009, lk 503; Kang *et al.*, 2014, lk 39). Liikumispiiratus tõttu tekivad raskused töö jätkamisega varem omandatud erialal ning töökohal, iseäranis siis, kui töö on füüsilise iseloomuga. Lisaks on probleeme ka uue töökoha leidmisega, mistõttu ei vähene ainult konkreetse isiku, vaid ka teiste pereliikmete sissetulek ning vajatakse sotsiaaltoetusi (Kennedy *et al.*, 2006, lk 96).

Sõltuvus perekonnaliikmetest, pidades silmas nii majanduslikku toimetulekut kui ka pidevat kõrvalabi vajadust igapäevatoimingutega hakkama saamisel, võib viia pere omavaheliste suhete halvenemiseni. Seetõttu on perekonna ja lähedaste mõistval suhtumisel ja toetusel suur mõju seljaajutrauma läbi teinud inimeste toimetulekuvõimele ja elukvaliteedile.

## **1.2. Erivajadusega tööealisele inimesele pakutavad töölerakendumist toetavad teenused**

### **1.2.1. Töövõimereform töövõime toetamise süsteemina**

Töötamisel on suur roll inimese kõrgema elukvaliteedi määramisel, see on iga inimese jaoks psühholoogiliselt olulisim võimalus tunda end ühiskonnas vajalikuna ja annab võimaluse eneseteostuseks. Igal inimesel on ühelt poolt õigus, teisalt ka kohustus teha võimetekohast tööd, et anda oma panus täisväärtusliku ja tugeva ühiskonna loomiseks.

Erivajadusega inimeste tööhõive suurendamiseks on plaanitud ja kasutusele võetud mitmed uuendusmeelsed meetmed. 01.01.2016 käivitus töövõimereform ja erivajaduste inimeste tööle rakendamiseks on laiendatud ning täiendatud teenuste valikut, mida pakuvad erinevad sotsiaalvaldkonna asutused – Sotsiaalkindlustusamet, kohalik omavalitsus, haridusvaldkonna asutused ja Töötukassa.

Seisuga 01.01.2014 oli Eesti igal kaheksandal 16–64 aastasel elanikul tuvastatud terviseolukorrast põhjustatud püsiv töövõimekadu, mis teeb kokku 104 151 inimest. Neist ligi pool (45%) olid kuni 49 aastased (Kuuse, 2014, lk 6). Demograafiliste muutuste keskmes on eluliselt vajalik ära kasutada igaühe tööpotsentsiaal ja sellega kindlustada sotsiaalkulutuste jätkusuutlikkus. Töövõimetuspensionäride arv Eestis kasvab tähelepanamatult kiiresti. Avatud tööturu olukord on küll liikunud paremuse poole, aga puudega inimesed vajavad täiendavat ja personaalset tuge tööturul osalemiseks. Siiani ei ole nende tööhõive suurendamiseks välja töötatud toetavad meetmed olnud piisavalt kättesaadavad ning tööle saab pelgalt väike osa töövõimetuspensionäri saavatest inimestest. (Mälzer, 2014, lk 19)

Töövõimereformiga astutakse samm edasi Eesti sotsiaalkindlustuse kaasajastamisel. Kui varem nähti töövõimetust kui situatsiooni, kus riigi ülesanne on tagada keerulise terviseolukorraga inimesele sissetulek, siis täna vaatavad heaoluriigid töövõimetusele teise pilguga (Kuuse, 2014, lk 6). Siiani kasutusel olnud süsteem ei motiveerinud töövõimekaoga inimesi tööturule ja aktiivsesse ellu tagasi pöörduma, kuna puudusid vajalikud mahus taastusravi-, rehabilitatsiooni-, tööturu- või muud tugiteenused (Haukanõmm, 2014, lk 52).

Töövõimereformi puhul saab välja tuua mitu positiivset aspekti: mõtteviisi muutus nii sihtgrupi sees kui tööandjate hulgas, kuid laiemalt kogu ühiskonnas: st puudega inimeste kuvandi muutus ühiskonnas abivajajast võimetekohaseks panustajaks. Pensionäri staatus kaob, inimesele lähenetakse individuaalselt, toetatakse inimese aktiivsuse tõusu ja töötamissoovi. Soovitud eesmärkide täitmiseks on vaja kaasata sihtgrupp ning sotsiaalpartnerid, tõstes sammhaaval ka ühiskonna valmisolekut võtta erivajadustega inimesi vastu oma kogukonda ja seda loomupäraselt ning heasoovlikult. (Haukanõmm, 2014, lk 53)

Töövõimereform on sotsiaalsüsteemi maastikul tegemas oma esimesi samme. Loodetavasti on selleks loodud sile ja kindel tasapind, et vähenenud töövõimega inimeste teekond tööturule poleks enam konarlik, vaid piisavalt valgustatud, sihipärane ja vajalikele elumuutustele lähemale viiv.

### **1.2.2. Haridus- ja sotsiaalteenused õppimis- ja sotsialiseerumisvõimaluste tagajana**

Eesti Vabariigi põhiseadus (PS) § 37 toob välja, et igaühel on õigus haridusele (Põhiseadus, 1992). Eesti hariduspoliitika ja ühiskond lähtub kaasava hariduse põhimõttest, mis tähendab, et kõigil on õigus õppida – erinevad võimed, soovid ja vajadused on sealjuures loomulikud ning nendega tuleb õppimisvõimaluste loomisel arvestada. Haridusvaldkonda kuuluvad teenused, mida alates 2016. aastast erivajadusega tööealistele inimestele pakutakse, on (Devrimci *et al.*, 2014, lk 7):

- kutseõpe koos õpet toetavate tugiteenustega;
- kõrghariduse omandamist toetavad teenused;
- Rajaleidja keskuste õpi- ja karjäärinõustamise teenused;
- muud õppimisvõimalused.

Kutseõppe eesmärk on kujundada läbi erinevate võimaluste pakkumise isiksus, kellel on vilumused, teadmised, oskused ja sotsiaalne valmidus töötamiseks, ühiskonnaelus osalemiseks ja elukestvaks õppeks. Kutseõpet toetavad tugiteenused on (Devrimci *et al.*, 2014, lk 18–21):

- karjäärinõustamine – inimese toetamine teadlike karjääriotsuste tegemisel ja elluviimisel;
- õpinõustamine – täiendav pedagoogiline tugi, mis lisandub harjumuspärasele õppekavajärgsele õppetööle;
- eripedagoogi teenus;
- psühholoogi teenus;
- üleminekuplaani koostamine lõpetajatele.

Kõrgharidusõppe eesmärgiks on omandada teadmisi, mis on vajalikud töötamise alustamiseks ja/või erialaseks tööks ning edasiõppimiseks. Täiendavad tugiteenused, mida kõrghariduse omandamisel pakutakse, on (Devrimci *et al.*, 2014, lk 26):

- psühholoogiline nõustamine ja karjäärinõustamine;
- osalise koormusega õpe ilma õppetasuta;
- õppimise võimalus akadeemilise puhkuse ajal;
- puude liigist sõltuvad riiklikud stipendiumid;
- keskkonna kohandused, audio ja digitaalsed õppematerjalid, ekraanilugemisprogrammid;
- kogemusnõustamine.

Eesti igas maakonnas asub Rajaleidja keskus ([www.rajaleidja.ee](http://www.rajaleidja.ee)), kus pakutakse erinevaid karjääri- ja õppenõustamisteenuseid. Keskuste sihtgrupiks on kuni 26 aastased lapsed ja noored. Rajaleidja karjääriteenus hõlmab endas karjääriinfo jagamist ja karjäärinõustamist. Õppenõustamisteenusteks on logopeedi, eripedagoogi, psühholoogi ja sotsiaalpedagoogi individuaalsed teenused. Astangu Kutserehabilitatsiooni Keskus ([www.astangu.ee](http://www.astangu.ee)) pakub kutseõpet ja kursuseid kohanemiskeskuste korral ja ka tööõppekursusi.

Järgnevalt tuuakse välja Sotsiaalkindlustusameti ja kohalike omavalitsuste poolt pakutavad ja rahastatavad sotsiaalteenused, mis toetavad ja ka määravad seljaajutraumaga inimeste tööle asumist.

Sotsiaalkindlustusamet pakub alates 2016. aastast sotsiaalse rehabilitatsiooni teenust, mis on teenuse vajaduse määratlemisel koostatud tegevuskava, rehabilitatsiooniplaani või rehabilitatsiooniprogrammi alusel osutatavate rehabiliteerivate tegevuste kogum. Teenuse eesmärk on õpetada ja arendada erivajadusega inimese oskusi, mis aitavad neil igapäevaelu tegevustega iseseisvamalt toime tulla, suurendada ühiskonna- ja kogukonnaellu kaasatust, toetada õppimist ja arendada töölesaamiseks vajaminevaid eeldusi ning oskusi. (Sotsiaalministeerium, 2015)

1. jaanuaril 2016 jõustus sotsiaalhoolekande seadus, millega määrati uus abivahendite määramise ning soetamise kord ja koondati abivahendite müügi ning üürimise hüvitamise süsteemi administreerimine Sotsiaalkindlustusametisse. Abivahendi rentimist või ostmist rahastatakse riigi poolt, kuid säilib ka omaosaluse määr. Riik hüvitab abivahendi soetamisega kaasnevad kulud, sest abivahendi teadlik kasutamine aitab ennetada elu jooksul tekkinud või kaasasündinud kahjustuse või keerulise

terviseolukorra süvenemist, kompenseerida funktsioonihäiret, parandada või säilitada iseseisvust igapäevategevustega hakkama saamisel ning tegevus- ja töövõimet. (Sotsiaalkindlustusameti kodulehekülg)

Kohaliku omavalitsuse korralduse seaduse (KOKS) § 6 lõige 1 kohaselt on omavalitsusüksuse ülesandeks sotsiaalhoolekande valdkonnas korraldada linnas või vallas sotsiaalabi ja -teenuseid (Kohaliku omavalitsuse korralduse seadus, 1993).

Üks kohaliku omavalitsuse vastutusalasse jääv teenus on sotsiaalnõustamine, mille eesmärgiks on isikule vajaliku teabe andmine sotsiaalsetest õigustest ja seaduslike huvide kaitsmise võimalustest ning abistamine konkreetsete sotsiaalsete probleemide lahendamisel edaspidise toimetuleku soodustamiseks. Nõustamist viivad enamjaolt läbi linna- või vallavalitsuse sotsiaaltöötajad. (Devrimci *et al.*, 2014, lk 8)

Invatranspordi teenuse kättesaadavus ja sisu sõltub kohaliku omavalitsuse võimekusest. Puudega inimestele kohandatud transport tagab õppimise ja/või töölkäimise. (Devrimci *et al.*, 2014, lk 8) Invataksa määrab seega inimeste elukvaliteedi ja avalike teenuste kasutamise.

Isiklik abistaja või tugiisik määratakse kohaliku omavalitsuse poolt. Täiskasvanud abivajaja puhul on tugiisiku peamiseks ülesandeks igapäevategevuste planeerimine, jõustamine (motiveerimine, julgustamine) ja juhendamine – näiteks majapidamistöodel, asjaajamistel erinevates asutustes. Tugiisikul on väga erinevad rollid, ta on õpetaja, abiline, sõber, vestluskaaslane, arvestades abistamise juures alati inimese enda soove ja vajadusi. (Tomberg, 2015)

Sotsiaalministeeriumi ([www.sm.ee](http://www.sm.ee)) poolt väljastatud info kohaselt on isikliku abistaja teenus mõeldud nendele, kes ei saa funktsioonihäirest tingituna iseseisvalt oma igapäevatoimingutega hakkama ja kes vajavad nende sooritamiseks kõrvalist abi. Teenuse eesmärk on erivajadusega inimese abistamine igapäevastes füüsilist pingutust nõudvates tegevustes, toetades seeläbi tema võimalikult iseseisvat toimetulekut ja osalemist ühiskonnaelus, sh hariduse omandamisel ja töötamisel.

Tööle asumise toetamiseks pakutakse erineva sisu, kuid sarnase eesmärgiga teenuseid nii riigi kui ka kohalikul tasandil. Sotsiaalteenuste sisust tuli välja ka see, et

erivajadusega inimese tööle rakendamisel on suur osatähtsus ka samaaegsel igapäevaelu toetamisel.

### **1.2.3. Töötukassa teenused tööturul osalemise toetajana**

Sobiva ja piisava hulga tööjõu leidmine on tööandjate jaoks muutunud probleemiks. Selleks, et tööjõupuudust ennetada, on vajalik väljaspool tööturгу olevatele inimestele (kaasa arvatud mittetöötavad puudega inimesed) leida nende võimetele vastav töö, tagades isikukesksed töötingimused ja toetades vajalike tööturuteenustega.

Puude või pikaajalise tervisehäirega inimestele suunatud tööturuteenuste eesmärgiks on puudest või terviseseisundist tingitud takistuste kõrvaldamine tööle saamisel ja töökoha säilitamisel (Sotsiaalministeerium, 2015). Järgnevalt tuuakse välja mõned Töötukassa poolt pakutavad töötamise toetamiseks mõeldud teenused:

- tööalane rehabilitatsioon;
- tööks vajaliku tehnilise abivahendi tasuta kasutada andmine;
- tööruumide ja -vahendite kohandamine;
- kogemusnõustamine;
- tugiisikuga töötamine;
- tööpraktika;
- individuaalne töölerakendamine.

Töölase rehabilitatsiooni sisuks on puude või terviseolukorraga toimetulekuks vajalike oskuste ning töövõime arendamine (liikumine, suhtlemine, igapäevaelutoimingud ja nende korraldamine, abivahendite kasutamine) ning nõustamine (motivatsiooni ja enesekindluse tõstmine, muutuste elluviimine ja olukorraga kohanemine). Teenuse osutajaks on rehabilitatsioonimeeskond, mis koosneb erinevate valdkondade spetsialistidest (sotsiaaltöötaja, füsioterapeut, tegevusterapeut, loovterapeut, logopeed, eripedagoog, kogemusnõustaja, psühholoog). Tegevuste sisuks on sobiva töökoha väljaselgitamine, töökoha kohandamine, abivahendi vajaduse hindamine ja soovitamine, ergonoomiliste töövõtete õpetamine, tööandja nõustamine. (Sotsiaalkindlustusamet, 2015)

Puudega või vähenenud töövõimega inimesel võib olla tavapäraste töövahendite kasutamine raskendatud või takistatud – sellisel juhul finantseerib riik teatud tingimustel töötamiseks vajaliku abivahendi kasutamist. Töökoht kohandatakse sobivaks, kui füüsiline keskkond tööruumides ei vasta töötaja erivajadustele ja sellest tingituna on seal töötamine takistatud. Kohandada saab ka kodus asuvat töökohta. (Töötukassa, 2015)

Tööturuteenuste alla kuulub ka kogemusnõustamine, kus sarnase puude või tervisehäirega isik jagab oma (elu)kogemusi ja läbi selle toetab, nõustab, tõstab enesekindlust ning motiveerib isikut tööle minema. Tugiisik aitab läbi juhendamise, abistamise töökoha ja -ülesannetega kohaneda ja toime tulla. Toetust ja abi võib tarvis minna töökollektiivi sisseelamisel, tööülesannete mõistmisel või omandamisel. Tugiisikuks sobib nii kolleeg kui ka inimene väljastpoolt töökohta. Tööpraktika annab avatud tööturule sisenemiseks vajaliku praktilise töökogemuse ning täiendab töölesaamiseks vajalikke ameti- ja erialaseid teadmisi ning oskusi. Tööpraktika vajaduse hindamisel võetakse lisaks muule arvesse ka varasemat töökogemust ning inimese enda soove. Praktika kestab kuni neli kuud, kuid enamasti omandatakse vajalikud oskused ja teadmised lühema perioodi jooksul. (Töötukassa, 2015)

Individaalse töölerakendamise kaudu juhendatakse ja toetatakse isikut lähtuvalt tema erivajadustest mitmesuguste tugitegevuste vormis. Teenus hõlmab endas võimetekohase ja sobiva töö otsimist, samuti abistamist tööandjaga suhtlemisel. Tugitegevusi planeerib ja viib läbi tugiisik, tehes vajadusel koostööd kohaliku omavalitsuse, lähivõrgustiku või teiste teenusepakkujatega. (Töötukassa, 2014)

Juba varasemalt kasutusel olnud ja uutel väljatöötatud tööturuteenustel on kindlasti oluline mõju tööhõive suurendamisel. Tähtis on kaasata siia ringi ka tööandjad nende jaoks oluliste asjaolude selgitamiseks, nende juhendamiseks ja nõustamiseks, et tööandjad oleksid valmis ning sooviksid erivajadusega inimest tööle võtta.

### 1.3. Seljaajutraumaga inimeste töölesaamist määravad tegurid väljaspool Eestit

Seljaajukahjustus põhjustab mitme inimese kõrvalejäämise ühiskonnaelust, sealhulgas tööturult, sest lisaks seljaajutrauma läbi teinud inimesele jäävad koduseinte vahele tihti ka osa pereliikmeid. Töötamisele seljaajutrauma järgselt pööratakse palju tähelepanu, sest see mõjutab kogu perekonna elukorraldust. (Jongbloed *et al.*, 2007, lk 146)

Töötamisel on inimese elus suur roll - töö tagab sissetuleku, määrab identiteedi ning omab suurt osatähtsust kogukonda ja ühiskonda reintegreerumisel. Tasustatud töökohal on seljaajutrauma järgselt seos kõrge elukvaliteedi ja rahuloluga. (Jongbloed *et al.*, 2007, lk 145) Lähtudes nii majanduslikust kui ka psühho-emotsionaalsest aspektist, parandab töötamine suuremal või vähemal määral iga inimese elukvaliteeti. Esimene samm, mis tööle lähemale viib, on aktiivne osalemine rehabilitatsiooni protsessis. (Kurtaran *et al.*, 2009, lk 710)

Töölase staatuse mõjutegureid, mis on seotud sotsiaal-majandusliku ja poliitilise olukorraga riigis, on vähe uuritud. Sotsiaal-poliitilisest aspektist vaadatuna on riigipoolne eesmärk parandada puuetega inimeste olukorda, tagades eelkõige nende sotsiaalse kindlustatuse, seda nii rahaliste toetuste kui ka pakutavate teenuste näol. Tööhõive määra tõstmiseks keskendutakse pigem võimalikult suure hulga töökohtade leidmisele ja erinevate füüsiliste barjääride eemaldamisele, kui inimeste kutseoskuste arendamisele. (Kang *et al.*, 2014, lk 44)

Krause on koos kaasautoritega 1999., 2010. ja 2011. a uurinud Ameerika Ühendriikides töötamise ja tööle asumisega seotud tegureid ja nende osatähtsust seljaajutraumaga inimeste tööturule naasmisel. Krause *et al* (1999) läbi viidud uuringu eesmärk oli leida seoseid sotsiaal-demograafiliste tunnuste, vigastuse ja haridusega seotud faktorite ja töötamise vahel. Ühest uuringust võttis osa 2980 seljaajutrauma läbi teinud inimest vanuses 18–62, õppivaid tudengeid valimi hulka ei arvestatud. Uuringu tulemusena selgus, et 58,6% osalejatest tegid vigastuse hetkel palgatööd, trauma järgselt töötas ainult 27%. Tööhõive määr oli suurem nendel, (Krause *et al.*, 1999, lk 1493)

1. kes olid trauma tekkimise ajal noorimad;
2. kelle vanus jäi vahemikku 26–35;



3. kellel oli vigastusest möödunud 5–10 aastat.

Soo ja tööalase staatuse vahel statistiliselt olulist seost ei leitud, kuid haridustase oli töölesaamise juures suureks määrajaks. Sõltumata vigastuse raskusastmest, kuni 12 aasta pikkuse haridusteedga uuritavate hulgas oli tööhõive määr madalaim ja vastupidiselt ühtlaselt kõrge bakalaureuse- ja magistrikraadiga uuringus osalehate seas. Töötamist mõjutavaks teguriks võis lugeda ka traumast möödunud aega – nendel, kellel oli traumast mööda läinud 5–10 aastat, oli kõrgeim tööhõive määr ja madalaim neil, kellel oli vigastusest möödunud 1–2 aastat. (Krause *et al.*, 1999, lk 1495)

Krause *et al.* (2010) uuringus toodi välja, võttes arvesse ka teiste autorite seisukohti, et enne vigastust omandatud kõrgharidus on töölesaamise juures vähem määravam kui peale vigastust omandatud kõrgharidus. Ilmnes seisukoht, et kõrgharidus on haridustaseme poolest küll oluline, kuid kraadist tähtsam on see, et kõrghariduse omandamine motiveerib inimesi enam tööle minema. (Krause *et al.*, 2010, lk 489)

Omandatud teadmiste ja oskuste kasutamiseks ja sobiva töökoha leidmiseks peale traumas on vajalik karjäärinõustamine (Krause *et al.*, 2010, lk 488). Autorid olid arvamisel, et prioriteediks peaks olema eelneva töökoha säilitamine ning selleks tuleb erinevatesse sekkumistesse kaasata ka tööandja, keda saab vajadusel nõustada, juhendada ning sõlmida kokkuleppeid füüsilisest keskkonnast tulenevate barjääride eemaldamiseks töökohal (Krause *et al.*, 2010, lk 490; Krause, 2011, lk 77).

Diskuteeriti selle üle, et töötamisest selgema ja laiema pildi saamiseks peale seljaajutraumas peaksid edasised uuringud keskenduma mitte ainult töökoha saamisele ja säilitamisele, vaid ka põhjustele, miks tööturult lahkutakse (Krause *et al.*, 2010, lk 489–490).

Kurtarani *et al.* (2009, lk 709) avaldatud Türgi uuringus osales 192 seljaajutraumaga inimest, kellega läbi viidud intervjuus küsiti nende perekonnaseisu, haridustaseme, põie-soole tühjendamismeetodi (*bowel and bladder management*) ning töötamise kohta. 48% vastanutest oli põhiharidus, 12% kõrgharidus, 95 inimest 138st tegid varasemalt füüsilist tööd (farmerid, mehaanikud, ettekandjad) ja 43 uuritava oli nõ istuv töö (raamatupidajad, riigiametnikud, rätsepad). Töötuid oli 45% ja 14,6% uuritavatest oli

tööellu tagasi pöördunud. Statistiliselt oluline korrelatsioon oli töölesaamise ja haridustaseme, traumaeelse tööalase staatuse ning soole-põie tühjendusmeetodi vahel. Samal ajal vanuse, traumast möödunud aja, perekonnaseisu ja põhiliikumisviisi vahel selles uuringus olulist seost ei täheldatud. (Kurtaran *et al.*, 2009, lk 710–711)

Autorid võrdlesid oma uuringu tulemusi varasemalt läbi viidud uuringutega. Neis uuringuis oli tööhõive määr seljaajutrauma järgselt 11,5%–74%, Türgis läbi viidud uuringus oli vastav protsent 14,6. Selgus, et kõrgharidusega inimeste seas oli tööhõive peale traumat suurem. Olenemata puudest on Türgi tööandjate jaoks kõrghariduse omamine väga oluline. (Kurtaran *et al.*, 2009, lk 709)

Huvitav tegur, mis tulemust põhjal omas olulist rolli töölesaamise juures, oli soole-põie tühjendusmeetod, mis on ka oluline faktor iseseisvuse ja sotsiaalse osaluse suurendamisel. Olles tualetitoimingutes sõltuv kõrvalisest abist, valmistab see raskusi ka tööülesannete täitmisel – näiteks esineb raskusi keskendumisega. Seega on oluline pakkuda rehabilitatsiooniprogramme, mis aitaksid parandada iseseisvust tualetitoimingutega hakkama saamisel ja vähendada inkontinentsi episoodide, mis omakorda viib enesekindluse tõusuni ning motiveerib tööle minema. (Kurtaran *et al.*, 2009, lk 710)

Lõuna-Koreas 2014. a avaldatud 334 osalejaga uuringust selgus, et vigastusega seotud karakteristikud on suurimateks töölesaamist määravateks teguriteks. Peale traumat vähenes tööhõive seljaajutraumaga inimeste hulgas 83,5 protsendilt 27,5 protsendile. (Kang *et al.*, 2014, lk 43) Tööle said pigem mehed kui naised ja need, kes olid trauma hetkel 45 aastased või vanemad. Tööhõive oli suurem nende hulgas, kellel oli vigastusest möödas rohkem kui 20 aastat. Üllatuslikult oli tööhõive määr parapleegiaga inimestega võrreldes suurem mittetäieliku vigastusega tetrapleegiaga uuritavatel. Huvitav on see tulemus seetõttu, et tetrapleegikutel on iseseisev toimetulek ja füüsiline võimekus üldjuhul piiratumad. Kokkuvõtlikult oli viieks peamiseks töölesaamist määravaks teguriks sugu, vanus vigastuse ajal, vigastusest möödunud aeg, vigastuse kõrgus/raskusaste. Uue töölesaamist mõjutava tegurina ilmnes uuringust vigastuse iseloom ehk see, kas tegemist oli tööõnnetusega või mitte. (Kang *et al.*, 2014, lk 43–44)

Arutati, et tööhõive määr sõltub ka töötamise (*employment*) täpsest definitsioonist ja riigi poliitilisest olukorrast. Mitmete uuringute kohaselt osales Lääne riikides (Põhja-Ameerika, Euroopa) tööturul 30–40% seljaajukahjustusega inimestest. Peamisteks tööle saamist määravateks teguriteks olid personaalsed karakteristikud – sugu, vanus ja haridustase ning vigastusega seotud faktorid – vanus trauma tekkimise ajal, traumast möödunud aeg ja vigastuse raskusaste. Aasias on sellekohaseid uurimusi veel vähe läbi viidud. (Kang *et al.*, 2014, lk 45) Tööhõive suurendamiseks seljaajutraumaga inimeste hulgas on vajalikud kutsealane rehabilitatsioon ja senisest laialdasem töötamist toetavate meetmete kasutusele võtmine. (Kang *et al.*, 2014, lk 45; Fiedler *et al.*, 2002, lk 81)

Traumajärgsele tööhõivele võivad negatiivselt mõjuda ka erinevad kompensatsioonid (kindlustuseltside toetused/maksud, tööandja rahaline toetus tööõnnetuse korral) ja riigipoolne rahaline abi. Toetussüsteemid on riigiti erinevad ja seetõttu on keeruline hinnata rahalise toetuse täpset mõju seljaajutraumaga inimeste töölesaamisele. (Ottomanelli & Lind, 2009, lk 520)

Vähestes uuringutes on küsitud osalejate traumajärgse psühho-emotsionaalse ja vaimse seisundi kohta ja seetõttu pole otsitud seoseid motivatsioonipuuduse ja vaimse energia kulu ning töölesaamise vahel. Lisaks füüsilistele piirangutele mõjutasid tööle minemist ka emotsionaalsed raskused. On ka kindlaid seisukohti, et psühholoogilistel aspektidel on oluline mõju tööturule naasmisel. On leitud ka statistiliselt olulisi korrelatsioone eluga rahulolu ja töötamise vahel. Mida enam oma eluga seljaajutrauma järgselt rahul ollakse, seda kõrgem on ka tööhõive. Sissetuleku suurenemise ja eluga rahulolu vahel aga ei täheldatud olulist statistilist seost. Positiivne ellusuhtumine, eneseteostuse vajadus, enesehinnang ja tööeetika määravad samuti töölesaamist seljaajutrauma järgselt. (Ottomanelli & Lind, 2009, lk 527)

Fiedler *et al.* (2002, lk 73) defineerisid töötamist kui füüsilist ja/või vaimset pingutust nõudvat tasustatud tegevust. Töölesaamist määravate tegurite osas olid töötavate ja mittetöötavate uuritavate arvamused kohati väga erinevad. Lisaks vaadeldi eraldi mittetöötavate aktiivselt tööd otsivate ja mitte otsivate osalejate seisukohti. Töötavad isikud tõid välja töötamist soodustavate teguritena perekonna ja sõprade toetuse, tööandja toetava suhtumise ja hea tervisliku seisundi. Peamisteks barjäärideks peeti

takistusi seoses transpordiga, riigipoolseid ebapiisavaid toetusi/teenuseid. Mittetöötavad osalejad, kes tööd aktiivselt otsivad, pidasid tähtsamateks töötamist toetavateks faktoriteks (Fiedler *et al.*, 2002, lk 80):

- perekonna toetust;
- transpordi olemasolu;
- head tervislikku seisundit.

Samal ajal tööd mitte otsivad uuringus osalejad leidsid, et töölesaamist hõlbustavateks teguriteks on:

- transpordi olemasolu;
- rahalised puudetoetused;
- kutsealase rehabilitatsiooni teenused.

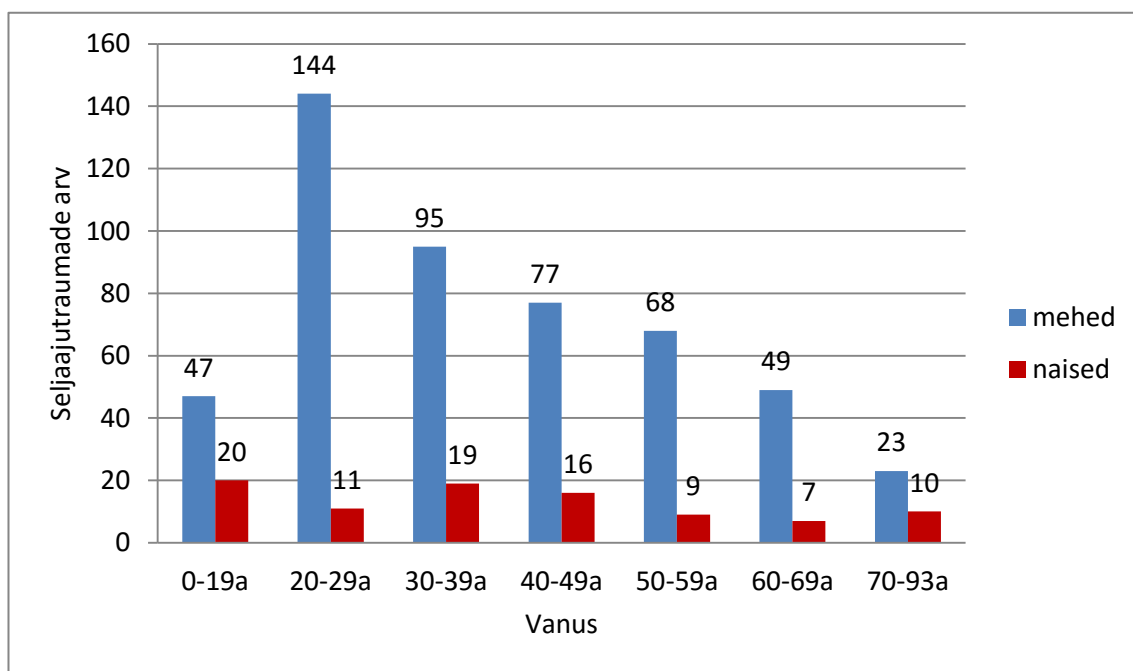
Sarnaselt töötavate uuringus osalejatega töid mõlemad grupid mittetöötavate osalejate hulgas suurima barjäärina välja transpordi puudumise, ka kindlustushüvitiste kadu oli nende kolme suurema takistuse seas. Samas töökoha kohandamist nimetasid vähesed töötavad inimesed barjääriks, mittetöötavad ja tööd mitte otsivad pidasid seda transpordi ja tervisliku seisundi kõrval üheks suuremaks takistuseks töölesaamise juures. (Fiedler, 2002, lk 8)

Seljaajutrauma toob endaga kaasa suured muutused nii igapäeva- kui ka tööelus. Peale seljaajutraumat on prioriteediks stabiilse tervisliku seisundi saavutamine ja füüsilise võimekuse parandamine. Seljaajutrauma järgne taastusravi on pikaajaline protsess, mille eesmärgiks on erinevate funktsioonide maksimaalne taastamine ja igapäevase toimetuleku parandamine. Töö otsimine ja sobiva töökoha leidmine on esialgu teisejärgulised tegevused, kuid väga olulised seljaajutraumaga inimeste rehabilitatsiooni hilisemas etapis.

## 2. UURIMUS SELJAAJUTRAUMAGA INIMESTE TÖÖLE SAAMIST MÄÄRAVATE TEGURITE KOHTA

### 2.1. Ülevaade seljaajutraumaga inimestest Eestis

Eestis on seljaajutrauma esinemissagedus 39,7 juhtu miljoni elaniku kohta, s.o 50 uut haigusjuhtumit aastas. Võrdluseks võib tuua USA – seal saab traumaatilise seljaajukahjustuse igal aastal 12 000–20 000 inimest, maailmas on vastav arv 100 000. Eesti on seljaajutraumade sageduse poolest Euroopas väga kõrgel kohal. (Sabre, 2013, lk 9)



**Joonis 1.** Seljaajutraumade arv vanuse ja soo lõikes 1997–2007. Allikas: Aljas, 2014, lk 19.

Sabre *et al.* (2012) uurisid ning analüüsisid esmakordselt põhjalikult 1997–2007. aastal erinevates Eesti haiglates registreeritud võimalike seljatraumadega seotud 3000

haigusjuhtu ja tulemuseks saadi kokku 595, kelle hulgas oli mehi viis korda enam kui naisi ja umbes 40% neist olid alla 30 aasta vanused. (Sabre *et al.*, 2012, lk 756)

Uuringust ilmnes, et peamisteks Eestis juhtunud seljaajutraumade põhjusteks on kõrgustelt kukkumised (41%) ja liiklusõnnetused (29,4%) ning 43,2% trauma saanud inimestest olid tarvitanud alkoholi. Nooremad inimesed kukuvad sageli ehitistel ja treppidel, ehitustöölised kukuvad enamjaolt ohutusnõuete eiramise tõttu. Üha rohkem on ka sporditraumasid. Mvettelhüppajate puhul ilmneb selge muster, et valdav osa hüppajaid on kahekümnendates eluaastates noored mehed. (Aljas, 2014, lk 18)

Seljaajutrauma-ohuga diagnoose registreeriti 2012. aastal 459, mis on sadakond juhtumit vähem kui aastal 2010 ning enam kui 200 juhtumit vähem võrreldes 2008. aastaga (Zirnask, 2013).

Eestis jõuavad paljud seljaajutrauma saanud inimesed Haapsalu Neuroloogilisse Rehabilitatsioonikeskuse, kus algab esialgu intensiivne funktsioone taastav ja hiljem säilitav taastusravi, mis on suunatud inimese võimalikult iseseisva toimetuleku saavutamisele, puudega kohanemisele ja töövõime taastamisele. Lisaks on võimalik saada Sotsiaalkindlustusameti poolt rahastatavat sotsiaalse rehabilitatsiooni teenust, kasutada kohaliku omavalitsuse poolt tagatud sotsiaalteenuseid ja Töötukassa erinevaid tööturuteenuseid (sh tööalane rehabilitatsioon).

Seljaajutraumad on oma kompleksssuses ühiskondadele rahaliselt ühed kallimad (Zirnask, 2013). Peamine riigi poolt pakutavate teenuste eesmärk on, et seljaajutrauma saanud inimene ei jääks koju nelja seinaga vahele, vaid et tal oleks ühiskonnas oma funktsioon, vajades igapäevaelus võimalikult vähe kõrvalabi ja tehes enda võimete kohast tööd.

## **2.2. Uuringu läbi viimine ja ülevaade valimist**

Käesoleva lõputöö uurimuse eesmärgiks on kaardistada Eestis elavate seljaajutraumaga inimeste peamised töölesaamist määravad tegurid ja nende põhjal teha ettepanekuid uuritava sihtrühma tööle rakendamiseks. Uuringu läbiviimisel kasutati kvantitatiivset uurimismeetodit, et leida erinevaid usaldusväärseid statistilisi näitajaid uuritava sihtrühma iseloomustamiseks ning sisuliste järelduste ja ettepanekute tegemiseks.

Antud kvantitatiivses uuringus kasutati juhuslikku valimit. Vastata võisid kõik seljaajutraumaga inimesed üle Eesti, kes valdavad eesti keelt sel tasandil, et ankeet ära täita.

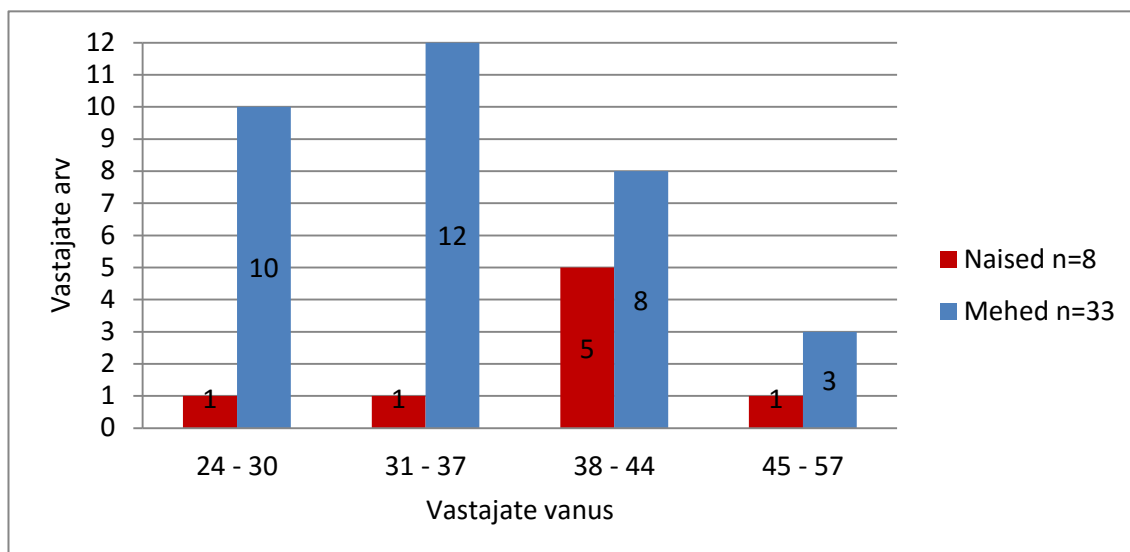
Andmekogumismeetodina kasutati poolstruktureeritud ankeetküsimustikku (vt lisa 1), mille koostamisel lähtuti teooriast tulenevatest uuringute tulemustest, uurimisküsimustest ning autori eelnevast pikaajalisest kogemusest seljaajutraumaga inimestega töötamisel. Ankeet koosnes 15 küsimusest, osa nendest jaotusid vastavalt põhiküsimuse vastusevariandile omakorda alaküsimusteks. Ankeet sisaldas peamiselt valikvastustega ja skaaladel põhinevaid küsimustüüpe. Mõne küsimuse puhul oli vajalik kirjutada sobiv vastus etteantud lahtrisse. Viimase, avatud küsimuse juures oodati sobiva vastusevariandi valimisel ka tehtud valiku põhjendamist.

Eeldatavaks vastamisele kuluvaks ajaks oli 10–15 minutit. Küsimustiku koostamiseks ja andmete kogumiseks kasutati *Google Drive* keskkonda. Ankeedi link avaldati veebipõhises suhtlusvõrgustikus, *Facebookis* ning osaliselt saadeti see üldkogumi liikmetele elektronpostiga. Vastamiseks ei olnud ette antud kindlat perioodi, kuid respondentide oodatavaks suuruseks oli vähemalt 40 isikut, et hiljem oleks võimalik valimit grupeerida ja moodustatud grupe omavahel võrrelda. Uuritava sihtrühma motiveerimiseks ja julgustamiseks väljastati uuringus osalemiseks kordusteadete ankeedi lingi jagamise kaudu. Küsitlus viidi läbi ajavahemikul 28.02–16.03.2016.

Andmete süstematiseerimiseks ja ülevaate saamiseks koostati andmetöötlusprogrammis *Microsoft Excel* esmalt andmematriks, mille põhjal kirjeldati, interpreteeriti ja analüüsiti kogutud andmeid, koostati erinevaid tabeleid ja jooniseid ning saadud tulemuste põhjal tehti järeldusi ja ettepanekuid. Uurimistulemusi kajastatakse osaliselt erinevate statistiliste näitajatega ( $r$  – korrelatsioonikordaja,  $s$  – standardhälve,  $\bar{x}$  – aritmeetiline keskmine,  $X_{\max}$  – maksimumväärtus,  $X_{\min}$  – miinimumväärtus).

Käesoleva uurimistöö valimi moodustasid 41 seljaajutraumaga inimest. Uuringus osalejate keskmine vanus oli 35,6 aastat, kõige noorem vastaja oli 24 a ja vanim 57 a. Meeste osakaal oli 80,5%, mis toetab nii teooriast tulenevaid seisukohti kui ka autori töökogemust antud sihtgrupiga – traumaatiline seljaajuvigastus tabab enamjaolt noori elujõus mehi. Keskmine vanus trauma tekkimise ajal oli 24,2 a, mis toetab Sabre 1997–

2007. a läbi viidud uuringu tulemust, kust selgus, et 40% seljaajutrauma saanud inimestest on alla 30 aasta vanused.



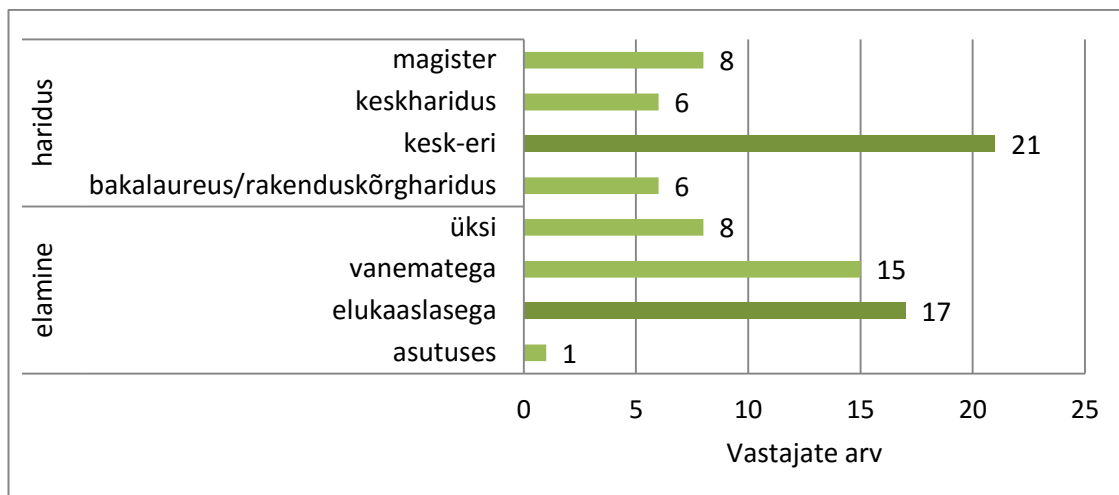
**Joonis 2.** Uuringus osalejate arv vanuse ja soo lõikes (autori koostatud)

Kaks uuringus osalejat oli oma elukoha ankeedis märkimata jättnud. Kõige enam vastajaid oli Harjumaalt (46,2%, sh Tallinnast 38,5%), maakondadest olid esindatud ka Tartumaa, Lääne- ja Ida-Virumaa, Pärnumaa, Viljandimaa, Valgamaa, Põlvamaa, Raplamaa, Saaremaa; linnadest Tartu, Pärnu, Rakvere, Otepää, Rapla, Räpina. Ankeedis tuli elukohaks märkida maakond ja/või linn, et hiljem vaadata, kas elukoha ja tööstaatus vahel on seoseid.

Joonisel 3 on välja toodud uuritavate jaotus elamise ja haridustaseme järgi. Selgub, et elukaaslasega elab 41,5% uuringus osalejatest, 36,6% elab vanematega ja ülejäänud üksi – v.a üks inimene, kes elab asutuses, st hooldekodus, ühiselamus vms. Seitse naist kaheksast elab elukaaslasega, üks koos vanematega. Valdav osa meestest (42,4%) elab koos vanematega, 33,3% elukaaslasega ja 24,2% üksi.

Tulemused näitavad, et seljaajutraumaga inimeste seas on suur hulk neid, kes elavad koos vanematega ja seda ilmselt eelkõige tegutsemispiirangutest tingitud kõrvalabivajaduse tõttu. Vastukaaluks on ka palju neid, kes suudavad säilitada või saavutada täiskasvanule omase iseseisvuse ning elada üksi või koos elukaaslasega.





**Joonis 3.** Respondendid haridustaseme ja elamise järgi (autori koostatud)

Haridustaseme poolest prevaleerib kesk-eri haridus, millele järgneb vastavalt magister ja bakalaureus/rakenduskõrgharidus, keskharidus. Kõrghariduse on enne või peale traumat omandanud 34% uuringus osalejatest. Kõige noorem kõrgharidusega uuringus osaleja oli 24 aastane ja vanim 57.

Huvitav on ka tõsiasi, et 87,5% magistriharidusega ja 50% bakalaureusekraadi või rakenduskõrgharidust omavatest vastanutest elab Tallinnas või Tartus, mis võib olla näitajaks, et kõrghariduse omandavad pigem need, kes elavad linnades, kus asuvad Eesti suurimad ülikoolid ning kus ka liikumispuudega inimestel on paremad võimalused ja väiksemad takistused kõrghariduse omandamiseks.

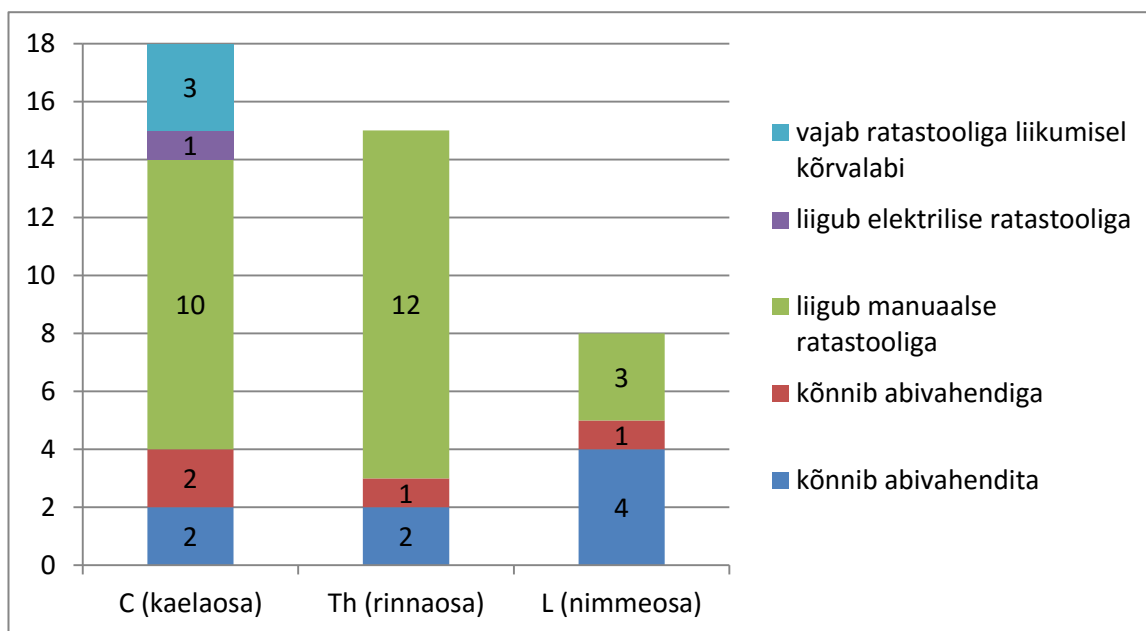
## 2.3. Uurimistulemuste analüüs

### 2.3.1. Vigastusega seotud tegurid

Eelmises alapeatükis kirjeldati valimit vanuse, soo, elukoha, elamisviisi ning haridustaseme järgi. Järgnevalt tuuakse välja otseselt traumaga seotud näitajad – valim jaotatakse vigastuse kõrguse ja igapäevase põhiliikumisviisi järgi (vt joonis 4).

Seljaajutrauma järgne taastumine sõltub palju vigastuse kõrgusest, tüübist (selgroo lüli(de)murrust tingitud seljaajukahjustus vs seljaajupõrutus ilma lülismurruta), raskusastmest, ulatusest. Uuringus osalejad jaotusid lülisamba vigastuse kõrguse järgi nii:

1. C (*cervical*) – kaelaosa vigastus – ala- ja ülajäsemete ning kehatüve- ja vaagnavöötmelihaste halvatus;
2. Th (*thoracic*) – rinnaosa vigastus – kehatüve, vaagnavöötmel ja alajäsemete lihaste halvatus;
3. L (*lumbar*) – nimmeosa vigastus – (kehatüve), vaagnavöötmel ja alajäsemete lihaste halvatus.



**Joonis 4.** Valimi jaotus vigastuse kõrguse ja põhiliikumisviisi alusel (autori koostatud)

Üle poole, 71% uuringus osalejatest kasutavad liikumisel ratastooli, sh 61% manuaalset (tõenäoliselt madala seljatoega aktiiv- või poolaktiivratastooli). Võib olla, et toa piires ollakse suutelised ratastooliga liikuma ilma kõrvalabita, kuid treppidel ja välitingimustes, kus on siseruumidega võrreldes ebatasasem pind ja takistusi kõnniteeäärte ning suure kaldega teede näol rohkem, vajatakse siiski ka kõrvalist abi. Iseseisvalt, ilma abivahendita kõnnib 41 vastajast kaheksa inimest ja abivahendiga (enamjaolt on nendeks kepid, küünarkargud, madal või kõrge rulaator) neli vastajat.

Kõndimine nii abivahendiga kui ka ilma võib uuritava sihtrühma kontekstis tähendada ka seda, et pikemate vahemaade läbimiseks (poes käimiseks, õues pikema vahemaa läbimiseks, kinno minemiseks) kasutatakse aeg-ajalt ka ratastooli.

Oodatav tulemus oli see, et lülisamba kaelaosa vigastusega vastajate hulgas oli inimesi, kes vajavad ratastooliga liikumisel teistega võrreldes enam kõrvalabi, kas siis puldiga juhitava elektrilise ratastooli või muu kõrvalise abi/abistaja näol. Samal ajal ilmneb, et just kõige kõrgema seljaaju osa kahjustusega osalejate hulgas on kõik põhiliikumisviisid esindatud – on neid, kes on võimelised kõndima ja neid, kes kasutavad vastavalt füüsilisele võimekusele erinevat tüüpi ratastooli, suuremas osas manuaalset.

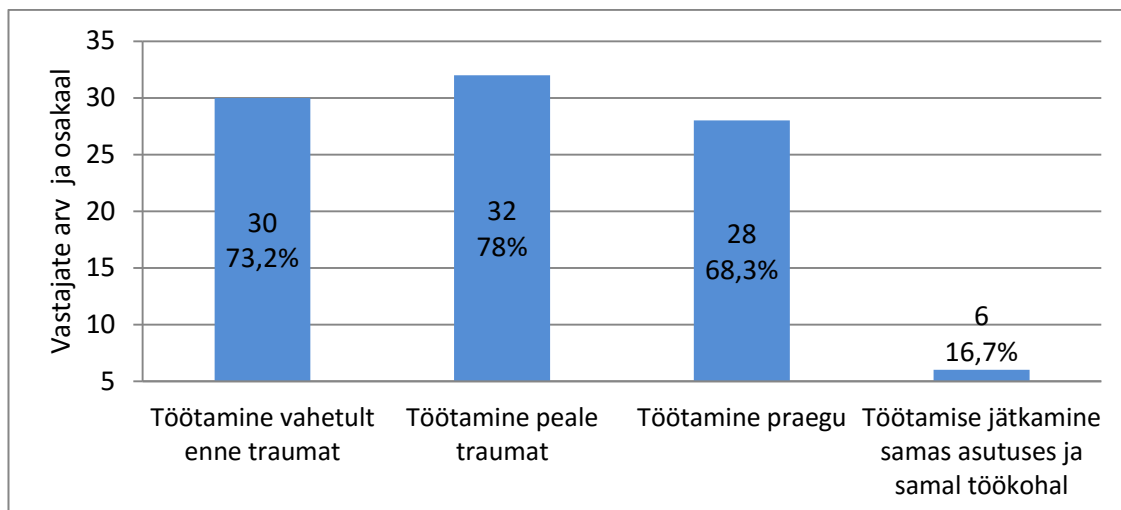
Üks võimalik põhjus, miks lülisamba kaelaosa vigastusega vastajaid kõige rohkem oli, võib olla see, et nad veedavad teistega võrreldes enam aega internetikeskkonnas (see on tegevus, millega nad saavad enamjaolt ise hakkama) ning seetõttu oli suurem tõenäosus, et just nemad sattusid sotsiaalmeedia vahendusel küsimustikku täitma.

Uuringus osalejate keskmine traumast möödunud aeg oli 11,9 a, nende hulgast kolmel oli traumast möödunud kaks aastat ja ühel 37 aastat. Aja hajuvus oli siinkohal keskmise väärtusega võrreldes 6,2 aastat ( $s = 6,2$ ). Kõrgeim uuritavate vanus oli trauma tekkimise hetkel 39 ja madalaim 12. Kaks vastajat oli jätnud selle koha peal vastuse märkimata.

### **2.3.2. Tööstaatus, tööhõive seos erinevate teguritega**

Seljaajutrauma järgselt keskendutakse taastus- ja rehabilitatsiooniprotsessis esialgu võimalikult maksimaalse iseseisva toimetuleku saavutamisele ning järgmine samm on õppima asumine ja/või töölesaamine, sest see on oluline elukvaliteedi määramisel ja seda nii sissetuleku tagamise kui ka eneseteostuse seisukohalt.

Joonisel 5 on näha, et ligi 75% vastajatest olid trauma tekkimise ajal tööga hõivatud. Vahetult enne traumat mitte töötavate seas oli viis alla 18 a vanust osalejat ning kolmel võis vanust ja haridustaset vaadates olla kõrgharidus omandamisel ja seetõttu ei osalenud nad ka tööturul. Peale traumat on töötanud 78% vastanutest ja hetkel osalevad avatud tööturul 68,3%. Seega on töötajate osakaal traumale eelnenud ajaga võrreldes vähenenud ligi 5%. Mittetöötavate uuritavate seast vastas 10,2%, et otsivad praegu aktiivselt tööd.



**Joonis 5.** Tööhõive traumaeelsel ja -järgsel ajal (autori koostatud)

Üheksa vastaja keskmine traumast möödunud aeg, kes pole kordagi peale traumat töötanud, oli 6,7 a (kogu valimil oli vastav keskmine 11,9 a), viiel oli traumast möödunud viis ja vähem aastat. Autori töökogemusele tuginedes võib öelda, et esimesed 1–3 traumajärgset aastat keskenduvad seljaajutraumaga inimesed oma füüsilise seisundi taastamisele/parandamisele, käies taastusravil ja rehabilitatsiooniteenustel, treenides end kodus. Esiplaanil on olukorraga kohanemine, võimalikult iseseisva toimetuleku saavutamine (siirdumine erinevatel tasapindadel, ratastooliga liikumine ruumis sees ja väljas, söömine, riidesse panek, hügieenitoimingud). Psühholoogiline valmisolek tavapärasesse elukeskkonda, sh tööellu pöördumiseks, kasvab paralleelselt kõrvalabist sõltuvuse vähenemisega ja ajaga.

Uuringus osalejad, kes pole kordagi traumajärgsel perioodil töötanud, on kõik ratastoolikasutajad, nende seas on üle poole kaelaosa ning üks nimmeosa vigastusega vastaja. Seitsmel oli kesk-eri või keskharidus ja kuna kaheksa inimest nendest töötasid vahetult enne traumat, siis võib mõelda, et nende varasem töö võis olla füüsilise iseloomuga ja seljaajutraumast tingitud liikumispäiratus võib siinkohal olla oluliseks takistuseks töötamise jätkamisel endisel ametikohal.

Kui vaadata valimi üldpilti ja töötavate inimeste hulka, siis tundub, et ratastool pole liikumisvahendina siiski oluliselt määrav takistus töölesaamise juures, sest üle poole (68%) praegu töötavatest uuringus osalejatest on ratastoolikasutajad. Ka paljudel

abivahendiga ja abivahendita kõndivatel seljaajutraumaga inimestel võib kehalisest seisundist tingituna esineda tegutsemispiiranguid ning füüsilise iseloomuga ametid pole ka nendele tihti jõukohased.

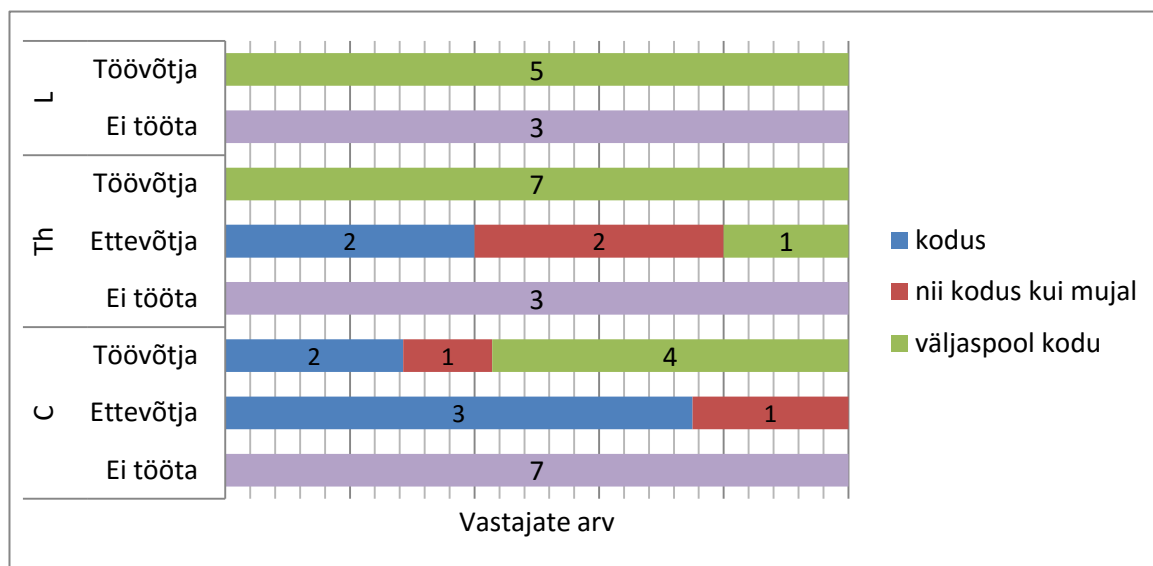
Põhjuseid, miks töötamise jätkamine eelneval töökohal ja samas asutuses pole olnud võimalik, võib seostada eelkõige sellega, et seljaajuvigastus on enamjaolt raskekujuline ning tervisliku seisundi parandamiseks/taastamiseks kulub üldjuhul aastaid ning seetõttu on hiljem tööle asumine samasse töökohta üsna vähetõenäoline. Seda tõenäosust vähendavad omakorda tekkinud füüsilised piirangud. Ankeedis oli üheks võimalikuks vastusevariandiks ka „töötamise jätkamine samas asutuses, aga teisel ametikohal“, kuid seda ei valinud ükski. Need kuus, kes jätkasid samas asutuses ja samal ametikohal töötamist, asusid tööle kas kohe (üks nendest sai teha peatselt peale traumata haiglas arvutiga tööd) või maksimaalselt poolteist aastat pärast traumata. Nende hulgas oli nii manuaalse ratastooliga liikujaid kui ka abivahendita kõndijaid.

Statistiliselt nõrk seos ( $r = -0,26$ ) ilmnes traumaaegse vanuse ja aastate vahel, mil esimest korda tööle asuti. Seega need, kes olid trauma tekkimise ajal vanemad, asusid varem tööle, kui nendest nooremad uuringus osalejad. Seda võib põhjendada mitmeti, kuigi statistiliselt oluline seos siin ei ilmnenu. Nimelt on 30–40. eluaastaks üldjuhul omandatud teatud elu- ja töökogemus ning tihti on selleks ajaks loodud ka perekond ning seetõttu on enam motivatsiooni, kohustust ja vajadust iseseisvumiseks ja tööle minemiseks, et tagada perele piisav rahaline sissetulek.

Vastajate seas oli ka neid, kes olid trauma ajal alaealised ning 20. aastate alguses – nemad jätkasid ilmselt kooliteed kas põhikoolis, gümnaasiumis või ülikoolis.

Hetkel töötavate uuritavate keskmine vanus on 37 a ja mittetöötavate keskmiseks vanuseks on 33 a. Pooled uuringus osalevatest naistest ja 73% meestest osalevad tööturul – siinkohal ei saa aga väita, et mehed asuvad trauma järel suurema tõenäosusega tööle kui naised, sest meeste osakaal oli antud uuringus tunduvalt suurem. Käesolevast uuringust ei ilmne, et vanus ja sugu oleksid töölesaamise juures määravateks teguriteks.

Keskmine traumast möödunud aeg, mil esimest korda tööle asuti, oli 4,2 aastat ( $X_{\max} = 10$ ,  $X_{\min} = 0,1$ ) ja praegusel ametikohal on uuritavad töötanud keskmiselt 6,8 aastat ( $X_{\max} = 24,3$ ;  $X_{\min} = 0,4$ ).



**Joonis 6.** Valimi jaotus vigastuse kõrguse, tööstaatus ja töökoha paiknemise järgi (autori koostatud)

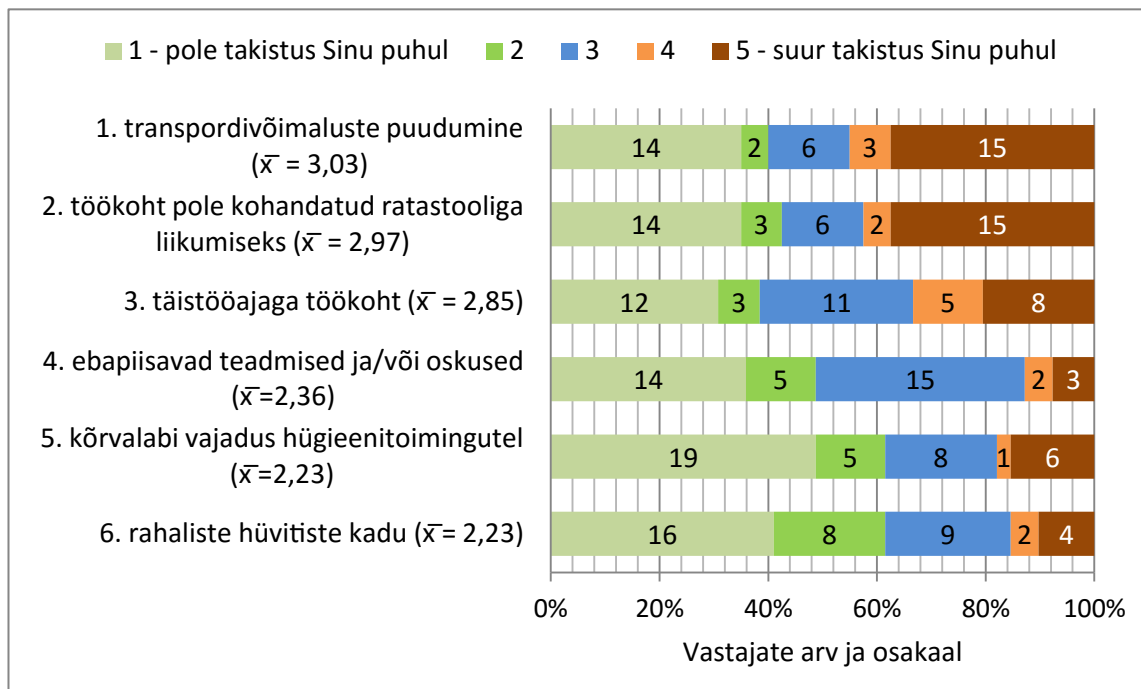
Jooniselt 6 selgub, et kõige rohkem on mittetöötavaid ning kodus töötavaid kaelaosa vigastusega inimeste seas. Rinna- ja nimmeosa vigastusega uuritavad töötavad enamjaolt väljaspool kodu, sest võib eeldada, et nad on igapäevategevustes iseseisvamad ja seda ka transpordi osas – tööl käimiseks kasutatakse näiteks isiklikku käsijuhtimisseadmega sõiduvahendit. Mõnevõrra üllatuslik tulemus oli see, et eeldatult kehaliselt kõige aktiivsemate ja seetõttu ehk ka ambitsioonikamate madalaima seljaaju osa ehk nimmeosa (L) kahjustusega uuringus osalejate seas polnud ühtegi ettevõtjat.

### 2.3.3. Hinnangud töölesaamist takistavatele ja hõlbustavatele teguritele

Osalejatel paluti hinnata erinevate etteantud töölesaamisega seotud tegurite mõju või olulisust, lähtudes eelkõige enda isiklikust olukorrast ja kogemusest. Hinnatavate tegurite valik tugines nii teooriale kui ka autori enda teadmiste ja kogemuste baasile.

Esmalt tuli vastajatel hinnata skaalal 1–5, kui suureks takistuseks peetakse töölesaamise juures võimalikke tegureid/asjaolusid, kus 1– pole takistus ja 5– suur takistus. Joonisel

7 on saadud hinnangute põhjal välja toodud võimalikud barjäärid töölesaamise juures, järjestus saadi aritmeetilise keskmise väärtuse järgi.



**Joonis 7.** Hinnang võimalikele takistavatele teguritele töölesaamise juures (autori koostatud)

Transpordi puudumine töökohta ja tagasi liikumiseks on ilmselt iseäranis suureks probleemiks neile, kes elavad maapiirkondades, kus erivajadusega inimestele on võimalused täisväärtuslikuks eluks väiksemad võrreldes näiteks Tallinna, Tartu või Pärnuga. Seda näitab ka antud uuringu tulemus – eelpool nimetatud suuremates linnades elavad vastajad pidasid transpordi puudumist väiksemaks takistuseks ( $\bar{x} = 2,75$ ) kui teised uuringus osalejad ( $\bar{x} = 2,94$ ).

Paljude uuritavate jaoks aga polnud transpordivõimaluste puudumine takistuseks – nii vastasid enamjaolt kõndivad ja väljaspool kodu töötavad uuritavad ning ilmselt ka need, kes sõidavad ise (käsijuhtimisseadmega) autoga või on suutelised liikuma ühistranspordiga.

Ratastooliga liigub 71% uuringus osalejatest, seega toodi olulise takistava tegurina välja ka kohandamata töökoht ratastooliga liikumiseks. Sama suurusjärg on aga neid, kes ei pea töökoha kohandamist oluliseks – see võib tuleneda muuhulgas ka sellest, et töökoht

(mis võib asuda ka kodus) on juba isiklikest vajadustest tulenevalt kohandatud või piisavalt ligipääsetav (vastates lähtuti võib olla hetkevajadustest) ja seetõttu ei nimetatud seda ka takistuseks.

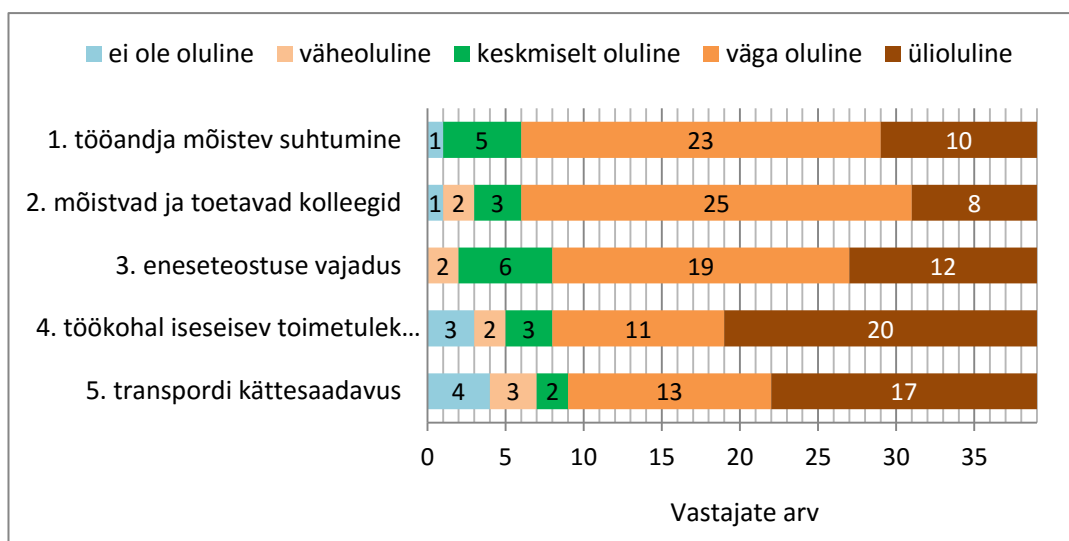
Täistööajaga töökoht võib saada barjääriks sellisel juhul, kui tervislik seisund ei võimalda kaheksa tundi päevas töötada. Kolmeks kõige väiksemaks peetud takistuseks on järgmises loetelus märgitud tegurid/asjaolud, alustades väikseimast:

1. motivatsiooni puudumine ( $\bar{x} = 1,87$ );
2. madal enesehinnang ( $\bar{x} = 1,91$ );
3. liigne kõrvalabi vajadus töökohal ( $\bar{x} = 2,21$ ).

Kõige ühtlasemalt, väikseima hajuvusega hinnati tegurit „madal enesehinnang“, mida peeti ka üheks väiksemaks takistuseks töölesaamise juures.

Üsna palju anti kõikidele etteantud võimalikele takistustele hinnang „pole takistus“ ja üks põhjendus võib sellele olla ka tõsiasi, et ligi 68% uuringus osalejatest praegu töötavad ning seetõttu võivad nad olla positiivsema ellusuhtumisega kui mittetöötavad vastajad ja neil on keerulisem hinnata, mis nende töötamist hetkel takistaks.

Joonisel 8 esitatud hinnangud moodustati omavahel vastused „väga oluline“ ja „ülioluline“ liites ning saadud hinnangute põhjal kujunes vastav tegurite järjestus, alustades kõige olulisemast.



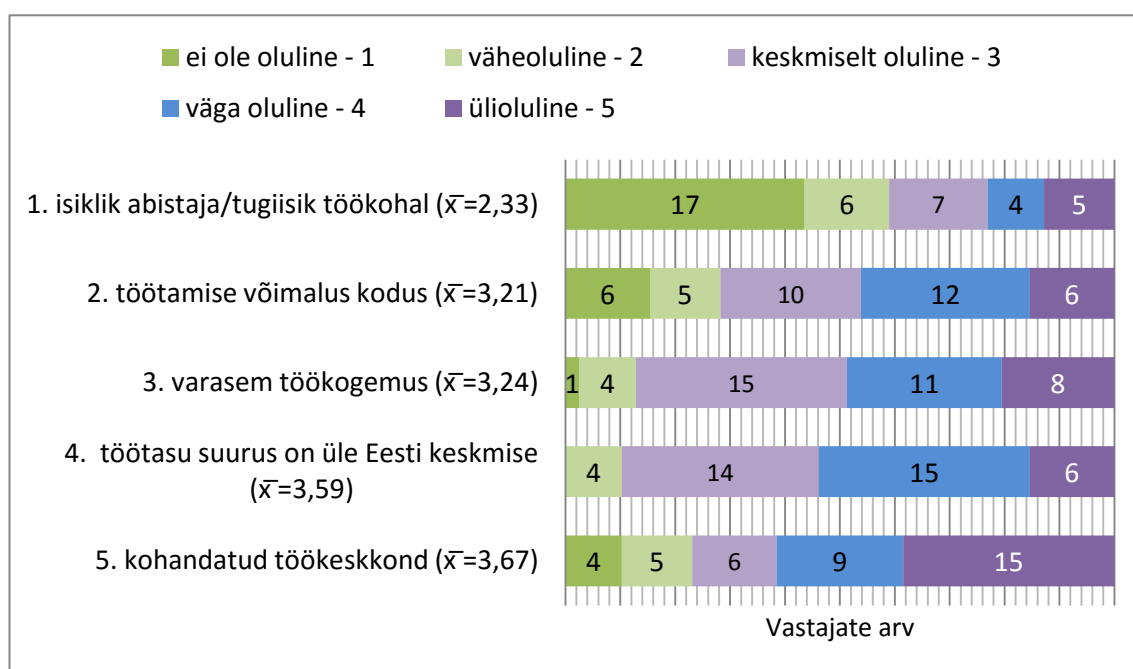
**Joonis 8.** Viis kõige olulisemat tegurit töölesaamise juures (autori koostatud)



Kõige vähem olulised tegurid on välja toodud joonisel 9. Nende välja selgitamiseks kodeeriti vastusevariandid hindekskaalal 1–5 (hinne 1– ei ole oluline, 5– ülioluline), leiti aritmeetiline keskmine ning saadi vastav tegurite järjestus.

Tugiisiku või isikliku abistaja olemasolu tööülesannete täitmisel ei peeta teiste tegurite kõrval niivõrd oluliseks, tähtsaks pidasid seda ilmselt väiksema füüsilise võimekusega vastajad, kes võivad kõrvalabi vajada erinevate toimingute teostamiseks (töökohal ruumides liikumine, tualetis käimine, söömine, asjade võtmine riiulilt või laualt).

Töötasu suurus ei oma samuti ülejäänud tegurite kõrval nii suurt mõju, mis võib näidata mõtteviisi, et töökoha omamine parandab seljaajutrauma inimeste elukvaliteeti pigem seetõttu, et töötamine annab võimaluse end teostada ja tunda ennast teiste ühiskonnaliikmete hulgas väärtustatuna.



**Joonis 9.** Viis kõige vähem olulist tegurit töölesaamise juures (autori koostatud)

Üldiste tulemuste kõrvale tuuakse ka erinevate valimist moodustatud gruppide hinnangute võrdlus ning tegurite järjestus, vaadates eraldi kõndivaid ja ratastoolis liikuvaid seljaajutraumaga inimesi, võrreldes paralleelselt ka töötavaid ning mittetöötavaid uuringus osalejaid.

Tulemusi ja eelpool kirjeldatult moodustatud gruppide vastuseid analüüsides (vt lisa 2) on näha teatavaid sarnasusi, kuid ilmnevad ka mõningad erinevused. Nii ratastoolis liikuvatel, töötavatel kui ka mittetöötavatel on väga oluliseks teguriks iseseisev toimetulek tualetitoimingutega enda töökohal. Hügieenitoimingud on väga isiklikud ja seetõttu on oluline, et nendega saaks hakkama ilma kõrvalise abita ja seda eriti töö juures, kus tavapärast pole pereliikmeid ega lähedasi aitamas. Abi küsimine ja otsimine oleks ühelt poolt keeruline, teisalt tekitaks suurt ebamugavustunnet.

Eneseteostuse vajadus on esikohal nii kõndivatel kui ka töötavatel uuringus osalejatel, esimese viie teguri hulgas pole seda üksnes mittetöötavatel, mis võib olla tingitud sellest, et puudub motivatsioon töötamiseks ja ollakse vähem iseseisvamad. Vaadates lisaks seda, et neile on tähtsal kohal tööandja ja kolleegide suhtumine, perekonna toetus, kohandatud töökeskkond ja paindlik tööaeg, vajavad nad ilmselt avatud tööturule minemiseks enam tuge – psühholoogilist toetust, motiveerimist ja töötingimuste suhtes vastutulelikkust.

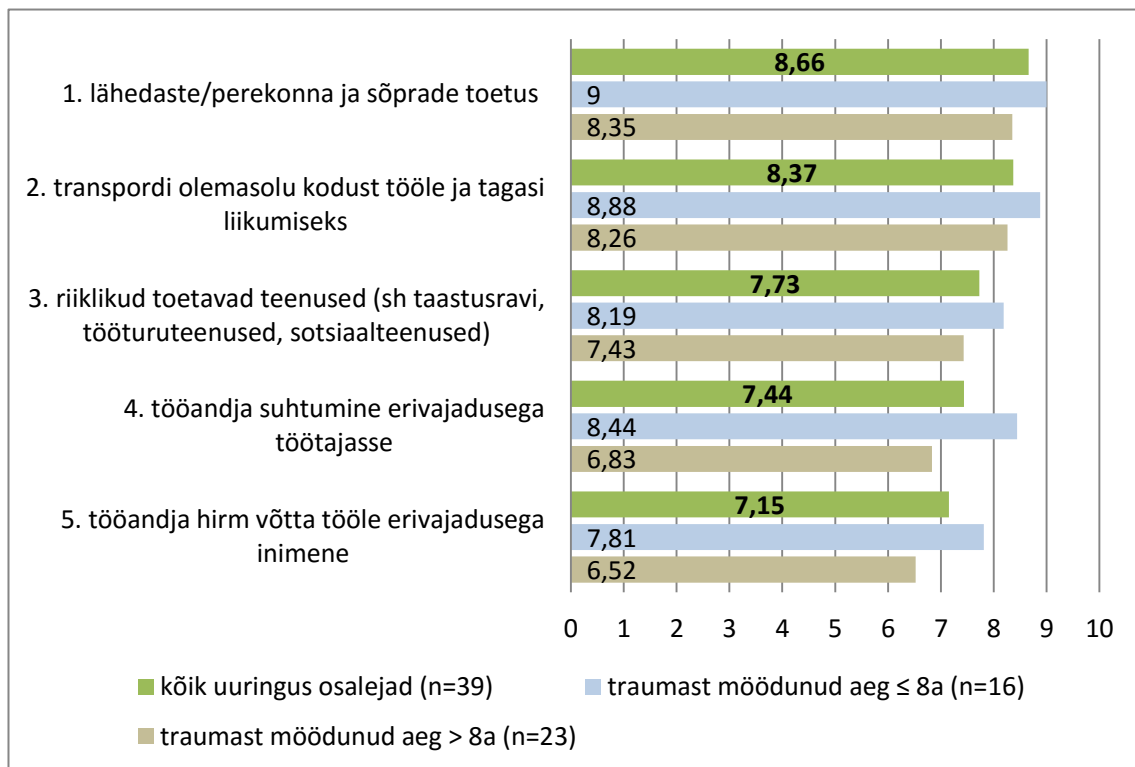
Perekonnaliikmete ja sõprade toetust peetakse samuti väga oluliseks, ratastoolikasutajatel on aga oodatult esikohal nõ praktilised, füüsiliste piirangutega seotud tegurid (hügieenitoimingutega iseseisev hakkama saamine, töökoha kohandus, transport). Mõnevõrra vähem oodatud tulemuseks võib pidada seda, et kõndivad seljaajutraumaga inimesed peavad kõige olulisemaks perekonna, sõprade, tööandja ja tööandjate suhtumist ja tuge. Seda võib selgitada muuhulgas asjaoluga, et antud küsimuse valikus oli palju tegureid, mis olid seotud füüsiliste piirangutega ja kui liikumine suuri probleeme ei valmista, siis füüsilise keskkonnaga seotud tegurite mõju oluliseks ei peeta. Ainsana märkis see grupp ära viie olulisema töötamist mõjutava faktori seas palga suuruse.

Kokkuvõtvalt võib öelda, et nii ratastooliga liikuvad kui ka kõndivad seljaajutraumaga inimesed vajavad töölesaamiseks lisaks füüsilisest keskkonnast tulenevate takistuste ja piirangute vähendamisele/eemaldamisele enda ümber ka mõistvat ning toetavat suhtumuslikku keskkonda.

### 2.3.4. Hinnang Eesti üldisele olukorrale töölesaamise osas

Uuritaval sihtrühmal tuli määrata skaalal 1–10 Eesti riigi üldist olukorda ja võimalusi arvestades erisuguste tegurite mõju seljaajutraumaga inimeste töölesaamise osas. Hinne 1 tähistas mõju puudumist ja 10 ülisuurt mõju. Joonisel 10 on üldhinnangu (aritmeetilise keskmise väärtuse) põhjal välja toodud viie teguri järjestus, alustades kõige mõjusamast ja lõpetades kõige vähem mõju avaldava teguriga. Sinna kõrvale on võrdluseks toodud traumast möödunud aja järgi moodustatud kahe grupi hinnang.

Eelnevate tulemuste baasil tuli välja, et transpordi kättesaadavus ja olemasolu, samuti sõprade ja perekonna toetus on seljaajutrauma järgselt tööle asumise puhul suure mõjuga tegurid. Sarnaselt hinnatakse neid tegureid ka üldist riigi olukorda ja võimalusi arvesse võttes. Olulise mõjuga teguriks hinnati nii tööandja suhtumist kui ka hirmu erivajadusega inimese tööle võtmisel.



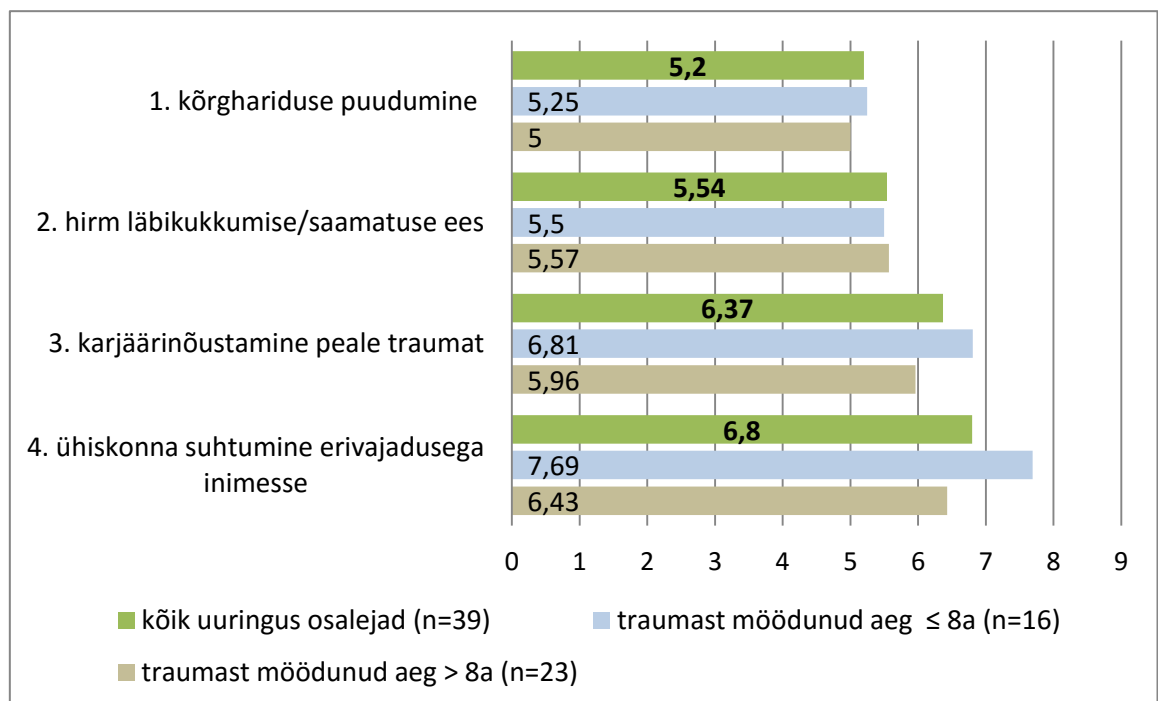
**Joonis 10.** Kõige suurema mõjuga töölesaamist määravad tegurid (autori koostatud)

Tähtsaks peetakse ka riiklike teenuste olemasolu, mis aitavad erivajadusega inimest kehalise seisundi taastamisel, olukorraga kohanemisel ning tavapärasesse elukeskkonda

naasmisel. Võib olla peeti siin silmas ka riiklikke rahalisi toetusi. Ootamatu sissetuleku kadumisel võib töövõimetuspension ja puudetoetus tagada vähemalt minimaalse majandusliku kindlustatuse. Suurt rahalist väljaminekut nõuavad aga igapäevaeluga toimetulekut soodustavad abivahendid (ratastool, siirdumisabivahendid, treeningvahendid, hügieenitarbed).

Tundub, et Eesti ühiskond, sh tööandja pole veel piisavalt valmis erivajadusega inimest aktsepteerima teistega võrdväärselt, sest seljaajutraumaga inimesed arvavad, et tööandja ja ühiskonna suhtumisel on pigem suur kui väike või keskmine mõju töökoha saamisel. Mõnevõrra erineva hinnangu annavad siinkohal need uuringus osalejad, kellel on traumast möödunud enam kui 8 aastat.

Käesolevas uuringus osalejad leiavad (vt joonis 11), et kõrghariduse puudumine mõjutab keskmiselt Eestis elava traumaatilise seljaajukahjustusega inimese tööhõivet. Antud tegurit hinnati aga üheksa hulgast kõige väiksema mõjuga teguriks. Tundub, et tööle minemise ees ei tunta hirmu, ollakse enesekindlad ja psühholoogiliselt valmis töötama.



**Joonis 11.** Kõige väiksema mõjuga tegurid aritmeetilise keskmise väärtuse järgi (autori koostatud)

Kokkuvõtvalt ei hinnatud ühegi etteantud teguri mõju alla keskmise (alla hinde „5“), mis näitab omakorda, et töökoha saamise protsessis on palju määravaid, mõjusaid ja olulisi tegureid, mida peaks seljaajutraumaga inimeste tööle rakendamisel arvesse võtma nii riiklikul kui ka inimlikul tasandil.

Ankeedis küsiti osalejate põhjendatud arvamust selle kohta, kas töövõimereform parandab seljaajutraumaga inimeste tööhõivet. Nii mõnigi vastas, et pole reformi olemusest ja mõttest veel aru saanud või pole sellest kuulnudki. Oldi äraootaval seisukohal, kuid üldine arvamus näitab, et uue süsteemi loomise asemel tuleks parandada olemasolevat – tagada invatransport ka maapiirkondades, informeerida ja motiveerida tööandjaid, viia läbi rohkem kogemuskohumisi, luua uusi kohandatud töökohti, mitte pakkuda uusi tööhõive parandamisele mitte kaasa aitavaid teenuseid. Järgnevalt tuuakse näited mõne osaleja seisukohast:

Mees (43, traumast möödunud üheksa aastat):

Ma tahaks väga loota, et tuleks suur muutus ja töökohti tekiks juurde. Aga hetkel läheb riigil kogu aeg ainult töötukassa teenuste ettevalmistamisele. Tähelepanuta on jäetud sotsiaaltranspordi korraldamine. Kui linnades on veel mingi invataksotenus olemas (Tartus 2 invataksot bussi, küsimusele kui palju puudelisi töökäijaid taksotenus kasutab, siis oli vastuseks, mitte ühtegi. Ainult puudega koolilapsed on hommikul/õhtul.), siis maakondadest ei saa puudeline kuidagi töötukassase töövõime hindamisele kohale tulla. Keegi ei tegele hetkel ka puudelistega, nad ootavad juba 3 aastat reformi käimaminekut. Neile peaks korraldama mingeid kursuseid, kasvõi vestlusringe, et inimesi kodudest välja saada, tekiks julgus oma mõtteid avaldada, neid sotsialiseeruma. Kui ongi aeg töötukassasse minna, siis peaksid neil olema juba vastused küsimustele: mida sa tahaksid teha, mida sa oskad? olemas. Samas on paljud aktiivsemad puudelised tahtmise korral juba töökohad leidnud.

Mees (35, traumast möödunud üheksa aastat): „Loodan, et Töötukassa juhtumikorraldajad suudavad erivajadusega töötajaid ja ka tööandjaid paremini nõustada. Kõrgemapalgaliste inimeste pensionide kärpimine ei tule kindlasti kasuks.“

Mees (42, traumast möödunud 20 aastat): „Asjal puudub konkreetsus, puuetega inimeste arvamusi põhimõtteliselt ei kuulatud, puuduvad efektiivsed meetodid ettevõtjate motiveerimiseks palgata puuetega inimesi, puudub eriabi-toetuste süsteem et puudega inimene saaks alustada ettevõtlusega.“

Riigi poolt oodatakse nõ praktilisemaid ja kindlaid muutusi kaasa toovaid lahendusi, taunitakse erinevate ressursside raiskamist ja mittetoimivate süsteemide loomist, mis reaalselt ei paranda erivajadusega inimese toimetulekut ega tööle asumist.

### **2.3.5. Arutelu ja tulemuste võrdlus teiste uuringutega**

Uurimuse eesmärgiks oli kaardistada Eestis elavate seljaajutraumaga inimeste peamised töölesaamist määravad tegurid ja saadud tulemuste põhjal teha omapoolseid ettepanekuid uuritava sihtrühma tööle rakendamiseks. Järgnevalt kajastatakse põhilisi uurimustulemusi, võrreldakse neid varasemate väljaspool Eestit läbi viidud uuringutega ja antakse autoripoolseid soovitusi edasiste uuringute tegemiseks.

Eestis lisandub igal aastal 50 uut seljaajutraumaga inimest, millest tingituna pole käesoleva uuringu valimi suurus piisav, et teha üldkogumile üle kantavaid järeldusi ja tulemused ei pruugi kajastada tegelikku olukorda täielikult. Siiski on positiivne, et üle 68% uuringus osalejatest on tööga hõivatud ning praegusel ametikohal töötatud keskmiselt 6,8 aastat. Võrdluseks võib tuua ühe varasema Ameerika Ühendriikides läbi viidud uuringu tulemuse, kus selgus, et 58,6% osalejatest tegid vigastuse hetkel palgatööd, traumajärgselt töötas aga ainult 27% (Krause *et al.*, 1999, lk 1493). Teises uuringus vähenes tööhõive seljaajutraumaga inimeste hulgas aga 83,5 protsendilt 27,5 protsendile (Kang *et al.*, 2014, lk 43). Eestis elavate seljaajutraumaga inimeste tööhõive vähenes traumaeelse ajaga võrreldes üksnes 5%.

Käesolevas uuringus osalenute seas on nii töövõtjaid kui ka ettevõtjaid, tööturul osaleb ka palju kaelaosa vigastusega inimesi, töötatakse nii kodus kui ka väljaspool ning töötavad kõik need, kelle elukohaks on Tallinn. Seega võib antud uurimuse põhjal öelda, et töölesaamisel on lisaks muule osaliselt määravaks teguriks ka elukoht.

Füüsiliste tegutsemispiirangutest sõltuvalt toodi töötamise barjääradena välja puudulikud transpordivõimalused kodust tööle ja sealt tagasi liikumiseks, ebasobiv

(kohandamata) töökeskkond ja täiskohaga töö. Transpordi kättesaadavus oli ka mitmes varem tehtud uuringus välja toodud kui väga suure mõjuga tegur tööle saamisel (Fiedler, 2012, lk 80). Mõjuteguritest ilmneseid veel iseseisev tualetitoimingutega hakkama saamine töökohal, tööandja ja kolleegide mõistva suhtumise olemasolu ja perekonna, sõprade toetus. Need tulemused sarnanevad ühe varasema Türgis läbi viidud uuringuga, kus tulemused näitasid, et tualetitoimingutega hakkama saamisel oli töötamise juures suur osatähtsus. (Kurtaran *et al.*, 2009, lk 711)

Väljaspool Eestit tehtud uuringutes leiti tugev seos tööhõive ja hariduse vahel – suur protsent kõrgharidusega seljaajutraumaga inimesi töötas ning seda põhjendati sellega, et madalama haridustasemega inimestel oli traumaeelselt füüsilist koormust nõudvad töökohad, kus ei saanud kehalise seisundi muutuse tõttu enam jätkata. (Krause *et al.*, 2010, lk 489) Käesolevas uuringus aga hindasid osalejad kõrghariduse puudumist kõige väiksemaks mõjuteguriks etteantud valiku hulgast, üksnes alla poole ehk 39% praegu töötavatest uuritavatest omavad kõrgharidust ning seega ei täheldatud olulist seost töötamise ja haridustaseme vahel.

Traumaga seotud tegurite (traumast möödunud aeg, vigastuse kõrgus, põhiliikumisviis) ja tööhõive osas võis leida teatavaid seoseid, kuid käesoleva uuringu tulemused näitavad, et oluliselt määravateks teguriteks pole ratastool liikumisvahendina, samuti vigastuse kõrgus, sest suur hulk uuringus osalenud töötavatest seljaajutraumaga inimestest on lülisamba kaelaosa vigastusega ja ratastoolikasutajad.

Statistiliselt nõrk seos ilmnese traumaaegse vanuse ja aastate vahel, mil esimest korda tööle asuti. Seega need, kes olid trauma tekkimise ajal vanemad, asusid varem tööle kui need, kes olid nooremad. Traumast möödunud aeg on määravaks teguriks töölesaamise juures seetõttu, et tööle asuti keskmiselt neli aastat peale traumad – esimestel traumajärgsetel aastatel keskendutakse eelkõige oma füüsilise seisundi ja võimekuse parandamisele ning terviseolukorraga kohanemisele. Seda toetab ka ühe teise uuringu tulemus – nende hulgas, kellel oli traumast möödunud 5–10 aastat, oli kõrgeim tööhõive määr ja madalaim nende seas, kellel traumast möödunud 1–2 aastat (Krause *et al.*, 1999, lk 1495).

Käesolevast uuringust ei ilmne, et vanus ja sugu oleksid seljaajutrauma järgse töölesaamise juures määravateks teguriteks. Selgus, et 50% uuringus osalevatest naistest ja 73% meestest osaleb tööturul, kuid siinkohal ei saa teha järeldust, et pigem mehed kui naised asuvad peale traumad tööle ja seda juba seetõttu, et meeste osakaal oli antud uuringus tunduvalt suurem. Ka Krause *et al.* (1999) ei leidnud soo ja tööalase staatuse vahel statistiliselt olulist seost.

Positiivne ellusuhtumine, eneseteostuse vajadus, enesehinnang ja tööeetika määravad töölesaamist seljaajutrauma järgselt (Ottomanelli & Lind, 2009, lk 527). Ka praeguses uuringus peeti eneseteostuse vajadust tööandja ja kolleegide mõistva suhtumise kõrval ühes olulisemaks teguriks töölesaamise juures. Väga tähtsaks peeti ka perekonna, lähedaste ja sõprade toetust. Väheoluliste teguritena toodi välja motivatsiooni puudumine, madal enesehinnang, liigne kõrvalabi vajadus töökohal, varasem töökogemus ja töötamise võimalus kodus. Hinnates üldist olukorda Eestis, leiti, et lisaks nimetatutele on olulisteks hõlbustavateks teguriteks töötamise juures riiklikud toetavad teenused ning ühiskonna positiivne suhtumine erivajadusega inimesse.

Tuginedes uuringus saadud tulemustele ja tekkinud mõtetele, tehakse seljaajutraumaga inimeste tööle rakendamise hõlbustamiseks järgnevad autoripoolsed soovituslikud ettepanekud:

- Kohalike omavalitsuste poolt tuleks parandada invatranspordi kättesaadavust töökohta ja sealt tagasi liikumiseks ning seda ka väiksemates linnades ja maapiirkondades.
- Vähenenud töövõimega inimeste tööhõive parandamisega tegelevad asutused võiksid tööandjate informeerimiseks, nõustamiseks ja toetamiseks korraldada kogemuskohutusi, et tööandjad oleksid senisest enam valmis ning motiveeritud erivajadusega inimesi tööle võtma.
- Kogemusnõustamise teenuse laialdasem osutamine, kus sarnase puude või tervisehäirega isik jagab oma (elu)kogemusi ja läbi selle toetab, nõustab ning motiveerib isikut tööle minema.
- Ühiskonna teadlikkuse tõstmine seljaajukahjustuse olemusest, puudest tingitud erivajadustest ja sellega kaasnevatest tegutsemispiirangutest.



- Toetava ja mõistva suhtumusliku keskkonna loomine aitab tõsta seljaajutraumaga inimestes motivatsiooni ja enesekindlust tööturul osalemiseks.

Edasiste sarnaste uuringute läbi viimisel tuleks kindlamate ja uuritavate üldkogumile üle kantavatele järelduste tegemiseks kaasata uuringusse suurem hulk seljaajutraumaga sh vene keelt kõnelevaid inimesi. Käesolevas uuringus paluti hinnata üksnes autori poolt etteantud tegureid erinevate skaalade alusel, edaspidi võiks ka uuringus osalejad nimetada töölesaamist soodustavaid ja takistavaid tegureid, sest nad ise on oma elu kogemuseksperdid ja võib olla jäi mõni oluline tegur uuringust selle tõttu välja. Võis juhtuda, et uuringusse sattusid juhuslikult enamjaolt töötavad ja Tallinnas elavad seljaajutraumaga inimesed, kelle hinnangud võivad mõnevõrra erineda võrreldes näiteks maapiirkondades elavate ja mittetöötavate inimestega. Samas suur osa uuringust saadud tulemusi toetavad ja kinnitavad autori töökogemusest tulenevaid ja teooriast lähtuvaid seisukohti, mistõttu on ka käesolev uuring oluline, peegeldamaks seljaajutraumaga inimeste peamiseid töölesaamist määravaid tegureid.

## KOKKUVÕTE

Täisväärtusliku ja tugeva ühiskonna ülesehitamiseks on vajalik, et tööturul osaleksid ka vähenenud töövõimega inimesed, andes sellega oma panuse riigi majandusliku olukorra paranemisse. Antud uuringu tulemusena kaardistati Eestis elavate seljaajutraumaga inimeste peamised töölesaamist määravad tegurid. Uuringus osalejad andsid ankeedi kaudu erinevatele töötamist soodustavatele ja takistavatele teguritele omapoolse hinnangu, lähtudes sealjuures nii isiklikust aspektist kui ka üldisest olukorrast riigis.

Uuringu valimi moodustasid 41 seljaajutraumaga inimest, kellest 80,5% olid mehed. Vastajate keskmiseks vanuseks oli 35,6 aastat ning keskmine traumast möödunud aeg 11,9 aastat. Vastajaid oli kokku kümnest maakonnast, kõige enam Harjumaalt, Tallinnast. Kõik uuritavad, kes märkisid oma elukohaks Tallinna, töötavad – seega võib öelda, et elukoht on töölesaamise osas määrav. Transpordi kättesaadavust peeti hinnangute põhjal väga oluliseks mõjuteguriks tööle asumise juures – pealinnas on (ühis)transport erivajadusega inimestele paremini tagatud ja see suurendab tööl käimise võimalikkust.

Enne traumat töötas 73%, praegu on tööga hõivatud 68% vastajatest, kellest 16% jätkas töötamist samas asutuses. On nii töövõtjaid kui ka ettevõtjaid, tööturul osaleb ka palju kaelaosa vigastusega inimesi, töötatakse nii kodus kui ka väljaspool. Esimest korda asuti tööle keskmiselt 4,2 aastat peale traumat, mis toetab ka autori töökogemusest tulenevat seisukohta – esimestel traumajärgsetel aastatel on rehabilitatsiooni eesmärgiks olukorraga kohanemine, füüsilise võimekuse parandamine, maksimaalse iseseisvuse saavutamine igapäevatoimingutega hakkama saamisel. Seega on traumast möödunud aeg peamiseks töölesaamist mõjutavaks teguriks vigastusest tingitud faktorite hulgas.

Põhiliikumisvahendina kasutab ratastooli 71% vastanutest. Uuringust selgus, et ratastool pole liikumisvahendina töötamise juures oluliselt määrav, sest üle poole (68%) praegu töötavatest uuringus osalejatest on ratastoolikasutajad. Samas tuuakse välja, et kohandamata töökoht on töölesaamise juures üsna oluliseks takistuseks ning need, kes pole kordagi traumajärgsel perioodil töötanud, liiguvad kõik ratastooliga.

Uuringust ei ilmnenu, et vanus oleks töölesaamise juures määrav. Pooled uuringus osalevatest naistest ja 73% meestest osalevad tööturul – siinkohal ei saa aga järeldada, et pigem mehed asuvad trauma järgselt tööle ja seda juba seetõttu, et meeste osakaal oli vastajate hulgas naistega võrreldes tunduvalt suurem.

Kõrgharidust omab 26% töötavatest vastajatest ning kõrghariduse puudumist hinnati kogu sihtrühma poolt teiste teguritega võrreldes vähem oluliseks – haridustase ei ole käesoleva uuringu tulemuste järgi oluliselt määrav tegur töölesaamise juures. Töötamist hõlbustavate teguritena toodi välja perekonna ja sõprade toetus, tööandja ja kolleegide mõistev suhtumine, riiklikud teenused (taastusravi, tööturuteenused, sotsiaalteenused) ja eneseteostuse vajadus.

Nii ratastoolis liikuvatele, töötavatele kui ka mittetöötavatele uuringus osalejatele on väga tähtis töökohal iseseisev toimetulek tualetitoimingutega. Hügieenitoimingud on väga isiklikud ja seetõttu on oluline, et nendega saaks hakkama kõrvalabi vajamata. Töövõimereformi osas oldi arvamusel, et uue töövõime süsteemi loomise asemel tuleks parandada olemasolevat – tagada invatransport ka maapiirkondades, informeerida ja motiveerida tööandjaid, viia läbi rohkem kogemuskohatumisi, luua juurde kohandatud töökohti, mitte pakkuda uusi tööhõive olukorda mittemuutvaid teenuseid.

Edaspidistes sarnase eesmärgiga uurimustes on tarvis statistiliselt oluliste ja üldkogumile ülekantavate tulemuste saamiseks kaasata uuringusse suurem valimit ja kaasata uuringusse enam maakondi, venekeelset elanikkonda. Käesolev uuring võiks huvi pakkuda antud sihtrühmaga töötavatele rehabilitatsiooniasutustele, Töötukassa juhtumikorraldajatele, tööandjatele, kohaliku omavalitsuse töötajatele, kes kõik suuremal või vähemal määral tegelevad seljaajutraumaga inimeste tööle rakendamise

## VIIDATUD ALLIKAD

- Aljas, R. (2014, 5.juuni). Kurb statistika: Eesti on seljaajutraumade poolest Euroopa tipus. *Eesti Päevaleht*, 108, 18–19.
- Biering-Sorensen, F., Scheuringer, M., Baumberger, M., Charlifue, S.W., Post, M.W.M., Montero, F., ... Stucki, G. (2006). Developing core sets for persons with spinal cord injuries based on the International Classification of Functioning, Disability and Health as a way to specify functioning. *Spinal Cord*, 44, 541–546. doi:10.1038/sj.sc.3101918
- Devrimci, A., Heinmets, H., Jürivete, T., Kongi, A., & Teesalu, L. (2014). Hariduslike erivajadustega õpilaste kutseõppe korraldamine. Toetav abimaterjal kutseõppe-asutusele. Loetud aadressil [http://www.innove.ee/UserFiles/Kutseharidus/%C3%95ppe%20ja%20juhendamaterjalid/juhendamaterjalid/HEV%20kutse%C3%B5ppe%20korraldamine/HEV%20%C3%B5pilaste%20kutse%C3%B5ppe%20korraldamine\\_abimaterjal%20kool\\_idele.pdf](http://www.innove.ee/UserFiles/Kutseharidus/%C3%95ppe%20ja%20juhendamaterjalid/juhendamaterjalid/HEV%20kutse%C3%B5ppe%20korraldamine/HEV%20%C3%B5pilaste%20kutse%C3%B5ppe%20korraldamine_abimaterjal%20kool_idele.pdf)
- Ebrahimzadeh, M.H., Soltani-Moghaddas, S.H., Birjandinejad, A., Omid-Kashani, F., & Bozorgnia, S. (2014). Quality of life among veterans with chronic spinal cord injury and related variables. *Archives of Trauma Research*, 3, 1–6. doi: 10.5812/at.17917
- Eesti Vabariigi põhiseadus. (1992). Riigi Teataja I, 26, 349. Loetud aadressil <https://www.riigiteataja.ee/akt/115052015002>
- Fiedler, I.G., Indermuehle, D.L., Drobac, W., & Laud, P. (2002). Perceived barriers to employment in individuals with spinal cord injury. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 7, 73–82. <http://dx.doi.org/10.1310/G7N8-81XN-E12K-CCM0>

- Field-Fote E.C. (2009). Spinal cord injury: an overview. Spinal Cord Injury Rehabilitation. Philadelphia: FA Davis.
- Forchheimer, M.B., Kalpakjian, C.Z., & Tate, D.G. (2004). Gender differences in community integration after spinal cord injury. *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 10, 163–174. <http://dx.doi.org/10.1310/KG8C-TJCP-95A5-N949>
- França, I.S.X., Coura, A.S., França, E.G., Basílio, N.N.V., & Souto, R.Q. (2011). Quality of life of adults with spinal cord injury: a study using the WHOQOL-bref. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45, 1361–1368. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000600013>
- Ghazwin, M.Y., Chaibakhsh, S., Latifi, S., Tavakoli, A.H., & Koushki, D. (2015). Quality of life in Iranian men with spinal cord injury in comparison with general population. *Archives and Neuroscience*, 2, 1–5. doi:10.5812/archneurosci.21529
- Haukanõmm, M. (2014). Tööhõivereform ja inimene. *Sotsiaaltöö*, 5, 52–54.
- Jongbloed, L., Backman, C., Forwell, S.J., & Carpenter, C. (2007). Employment after spinal cord injury: the impact of government policies in Canada. *Work*, 29, 145–154. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2006.12.043>
- Kang, E.N., Hyung-Ik, S., & Hye-Ri, K. (2014). Factors that influence employment after spinal cord injury in South Korea. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 38, 38–45. <http://dx.doi.org/10.5535/arm.2014.38.1.38>
- Kennedy, P., Lude, P., & Taylor, N. (2006). Quality of life, social participation, appraisals and coping post spinal cord injury: a review of four community samples. *Spinal Cord*, 44, 95–105. doi:10.1038/sj.sc.3101787
- Kohaliku omavalitsuse korralduse seadus. (1993). Riigi Teataja I, 37, 558. Loetud aadressil <https://www.riigiteataja.ee/akt/126032013006>
- Krause, J.S., Edles, P., & Charlifue, S. (2011). Changes in employment status and earnings after spinal cord injury: a pilot comparison from pre to post injury.

*Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation*, 16, 74–79.  
<http://dx.doi.org/10.1310/sci1604-74>

- Krause, J.S., Kewman, D., De Vivo M.J., Maynard, F., Coker, J., Roach, M.J., & Ducharme, S. (1999). Employment After Spinal Cord Injury: An Analysis of Cases From the Model Spinal Cord Injury Systems. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 80, 1492–15. [http://dx.doi.org/10.1016/S0003-9993\(99\)90263-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0003-9993(99)90263-0)
- Krause, J.S., Terza, J.V., Saunders, L.L., & Dismuke, C.E. (2010). Delayed entry into employment after spinal cord injury: factors related to time to first job. *Spinal Cord*, 48, 487–491. doi:10.1038/sc.2009.157
- Kumar, S., Kumar, V., & Praveenraj, J.D. (2012). Community reintegration and quality of life in rehabilitated South Indian persons with spinal cord injury. *The Indian Journal of Occupational Therapy*, 44, 11–15.
- Kurtaran, A., Akbal, A., Ersoy, B., Selçuk, M., Yalcı, M., & Makyüz, E. (2009). Occupation in spinal cord injury patients in Turkey. *Spinal Cord*, 47, 709–712. doi:10.1038/sc.2009.79
- Kuuse, R. (2014). Töövõimereform on mõtteviisi muutus. *Sotsiaaltöö*, 5, 6–10.
- Magasi, S.R., Heinemann, A.W., & Whiteneck, G.G. (2008). Participation following traumatic spinal cord injury: an evidence-based review for research. *Journal of Spinal Cord Medicine*, 31, 145–156.
- Mälzer, M. (2014). Sotsiaalse turvalisuse, kaasatuse ja võrdsete võimaluste arengukava 2016–2023. *Sotsiaaltöö*, 6, 19–21.
- Ottomanelli, L., & Lind, L. (2009). Review of critical factors related to employment after spinal cord injury: implications for research and vocational services. *Journal of Spinal Cord Medicine*, 32, 503–531.
- Põlluste, J. (toim.). (2005). Rahvusvaheline funktsioneerimisvõime, vaeguste ja tervise klassifikatsioon (RFK/ICF). Tallinn: Sotsiaalministeerium.

- Sabre, L. (2013). Epidemiology of traumatic spinal cord injury in Estonia. Brain activation in the acute phase of traumatic spinal cord injury. (Doktoritöö) Tartu Ülikool, Tartu.
- Sabre, L., Kõrv, J., Asser, T., & Rekand, T. (2011). Seljaajutrauma ja autonoomne närvisüsteem. *Eesti Arst*, 90, 129–134.
- Sabre, L., Pedai, G., Rekand, T., Asser, T., Linnamägi, U., & Kõrv, J. (2012). High incidence of traumatic spinal cord injury in Estonia. *Spinal Cord*, 50, 755–759. doi:10.1038/sc.2012.54
- Sabre, L., Rekand, T., Asser, T., & Kõrv, J. (2013). Mortality and causes of death after traumatic spinal cord injury in Estonia. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 36, 687–694. doi:10.1179/2045772313Y.00000000120
- Sotsiaalministeerium. (2015). *Sotsiaalne rehabilitatsioon, tehnilised abivahendid ja uue EL perioodi vahendid*. Loetud aadressil <https://www.sm.ee/et/avaldatud-artiklidkonedmaterjalid>
- Suttiwong, J., Vongsirinavarat, M., Chaiyawat, P., & Vachalathiti, R. (2015). Predicting community participation after spinal cord injury in Thailand. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 47, 325–329. doi: 10.2340/16501977-1932
- Tomberg, M. (2015). *Tugiisiku teenus*. Loetud aadressil <http://www.autism.ee/wp-content/uploads/2011/09/27.08.11-Tugiisiku-teenus.pdf>
- Töötukassa. (2014). *Töövalmidust toetavad teenused. Individuaalne töölerakendamine*. Loetud aadressil [https://www.tootukassa.ee/sites/.../ITR%20hanked\\_teabepaev\\_Signe.ppt](https://www.tootukassa.ee/sites/.../ITR%20hanked_teabepaev_Signe.ppt)
- Töötukassa. (2015). *Tööturuteenuste osutamine töövõimereformi sihtrühmale*. Loetud aadressil [https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/ESF/57\\_lisa.pdf](https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/ESF/57_lisa.pdf)
- Zirnask, M. (2013). Liikumatu Eesti. Universitas Tartuensis, nr 9. Loetud aadressil <http://www.ajakiri.ut.ee/artikkel/284>

Wyndaele, M., & Wyndaele J.J. (2006). Incidence, prevalence and epidemiology of spinal cord injury: what learns a worldwide literature survey? *Spinal Cord*, 44, 523–529. doi:10.1038/sj.sc.3101893



## **Lisa 1. Ankeetküsimustik**

Ankeetküsitlus: Töölesaamist määravad tegurid seljaajutrauma järgselt

Hea vastaja

Olen TÜ Pärnu kolledži rehabilitatsiooni korralduse eriala üliõpilane Krete Ledis ning käesolev küsimustik on koostatud selleks, et välja selgitada Eestis elavate seljaajutraumaga inimeste peamised töölesaamist määravad tegurid. Lisaks on antud ankeetküsimustik minu lõputöö uurimuse aluseks.

Ankeedi täitmine võtab Sinu väärtuslikust ajast 10-15 minutit. Oleksin siiralt tänulik, kui Sa leiaksid aega allolevatele küsimustele vastamiseks!

**Palun märgi valikutest sobiv variant või täida lahtrid.**

**1. Sugu:**

N

M

**2. Vanus: .....**

**3. Vanus trauma tekkimise ajal: .....**

**4. Seljaajutrauma kõrgus:**

Kaelaosa (C)

Rinnaosa (Th)

Nimmeosa (L)

Ristluuosa (S)

**5. Elukoht:**

Maakond, linnas elades kirjuta ka linn .....

**6. Elamine:**

Elan üksi korteris või eramajas

Elan koos elukaaslase/abikaasaga

Elan vanema(te)ga

Muu .....

**7. Haridus:**

Algharidus

Põhiharidus

Keskharidus

Kesk-eri haridus

Kõrgharidus (bakalaureus/rakenduskõrgharidus)

Kõrgharidus (magister)

Muu .....

**8. Põhiliikumine: \*peamine igapäevane liikumisviis**

Kõnnin abivahendita

Kõnnin abivahendiga

Liigun iseseisvalt manuaalse ratastooliga

Liigun iseseisvalt elektrilise ratastooliga

Liigun ratastooliga, kasutades selleks peamiselt kõrvalist abi

**9. Kas Sa töötasid vahetult enne traumat?**

jah

ei

**10. Kas Sa oled peale traumat töötanud?**

jah

ei

Kui vastasid eelmisele, 10. küsimusele "Jah", siis

**mitu aastat ja/või kuud peale traumat asusid esimest korda tööle? .....**

**kas Sa jätkasid töötamist samal töökohal?**

ei

jah, samas asutuses/ettevõttes ja samal ametikohal

jah, samas asutuses/ettevõttes, aga teisel ametikohal

muu .....

**11. Kas Sa praegu töötad?**

jah, olles töövõtja

jah, olles ettevõtja

ei

muu .....

Kui vastasid eelmisele, 11. küsimusele "Ei", siis

**kas Sa otsid praegu aktiivselt tööd?**

jah

ei

Kui vastasid eelmisele, 11. küsimusele "Jah", siis

**kaua Sa oled töötanud praegusel töökohal? (aastad ja kuud) .....**

**kas sa töötad:**

kodus

väljaspool kodu

muu .....

**12. Palun hinda skaalal 1-5, kui suureks takistuseks pead enda jaoks töölesaamise juures järgnevaid võimalikke asjaolusid, kus 1 – pole Sinu puhul takistus ja 5 – suur takistus Sinu puhul**

töökoht pole kohandatud ratastooliga liikumiseks

liigne kõrvalabi vajadus töökohal  
transpordivõimaluste puudumine  
motivatsiooni puudumine  
ebapiisavad teadmised ja/või oskused  
madal enesehinnang  
rahaliste hüvitiste kadu  
kõrvalabi vajadus hügieenitoimingutel  
täistööajaga töökoht

1

**13. Palun määra skaalal 1-10, arvestades võimalusi ja olukorda riigis, milline on erinevate tegurite mõju seljaajutraumaga inimeste töölesaamise osas Eestis**

**mõju puudub   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10   ülisuur mõju**

karjäärinõustamine peale traumat  
transpordi olemasolu kodust tööle ja tagasi liikumiseks  
riiklikud toetavad teenused (sh taastusravi, tööturuteenused, sotsiaalteenused)  
lähedaste/perekonna ja sõprade toetus  
ühiskonna suhtumine erivajadusega inimesse  
tööandja suhtumine erivajadusega töötajasse  
tööandja hirm võtta tööle erivajadusega inimene  
hirm läbikukkumise/saamatuse ees  
kõrghariduse puudumine

**14. Palun määra järgnevate tegurite olulisus Sinu jaoks töötamise juures**

**\*ei ole oluline   \*väheoluline   \*keskmiselt oluline   \*väga oluline   \*ülioluline**

varasem töökogemus  
eneseteostuse vajadus  
töötasu suurus on üle Eesti keskmise  
transpordi kättesaadavus  
toetav(ad) perekond ja sõbrad  
tööandja mõistev suhtumine  
mõistvad ja toetavad kolleegid  
töökohal iseseisev toimetulek tualetitoimingutega  
kohandatud töökeskkond  
hea suhtlemisoskus  
töötamise võimalus kodus  
paindlik tööaeg  
isiklik abistaja/tugiisik töökohal

**15. Kas uus Töövõimereform parandab Sinu arvates seljaajutraumaga inimeste tööhõivet? Palun põhjenda!**

jah  
ei            ei oska öelda

## Lisa 2. Hinnangute võrdlus moodustatud gruppide alusel

	Kõndivad (n = 12)	Ratastooliga liikuvad (n = 27)	Töötavad (n = 27)	Mittetöötavad (n= 12)
I	I- II eneseteostuse vajadus	töökohal iseseisev toimetulek tualetitoimingutega	eneseteostuse vajadus	tööandja mõistev suhtumine/ mõistvad ja toetavad kolleegid
II	I-II toetav(ad) sõbrad ja perekond	transpordi kättesaadavus	töökohal iseseisev toimetulek tualetitoimingutega	töökohal iseseisev toimetulek tualetitoimingutega
III	tööandja mõistev suhtumine	kohandatud töökeskkond	tööandja mõistev suhtumine	III-V toetav(ad) sõbrad ja perekond
IV	mõistvad ja toetavad kolleegid	tööandja mõistev suhtumine	IV-V transpordi kättesaadavus	III-V kohandatud töökeskkond
V	varasem töökogemus/töötasu suurus üle Eesti keskmise/hea suhtlemisoskus	eneseteostuse vajadus/hea suhtlemisoskus	IV-V toetav(ad) sõbrad ja perekond	III-V paindlik tööaeg

## SUMMARY

### FACTORS INFLUENCING EMPLOYMENT BY EXAMPLE OF PERSONS WITH TRAUMATIC SPINAL CORD INJURY

Krete Ledis

Increasing number of traffic accidents, falls and other accidents, in turn, increases the amount of persons with spinal cord injury whose quality of life drops significantly due to the trauma. Every year more than 100 000 persons with spinal trauma accrue in world. In Estonia, the incidence of spinal cord injury is 39,7 cases per million inhabitants, this is 50 new cases per year. In Europe, Estonia is at very high position in terms of frequency of spinal traumas. (Sabre, 2013, p 9).

The aim of current research is to address the main factors influencing employment of persons with spinal cord injury in Estonia and also based on the results to make suggestions about engaging the target group to work. Research questions established for the research are:

1. What relations can be found between working and factors related to trauma (height of the injury, time elapsed from trauma, basic movements)?
2. What relations appear between working and age, sex, residence and education?
3. How do the participants evaluate the influence of different favourable and hindering factors of working?
4. What are the similarities and differences between the results of current study and the results of studies conducted outside of Estonia?

According to the cause, spinal cord injuries could be divided into traumatic and non-traumatic. In both cases the result is various extent of motor and/or sensory deficit, that

is to say incomplete or complete paralysis and sensitivity disorders of upper and/or lower extremities, trunk and pelvis. (Field-Fote, 2009, p 33; Sabre *et al.*, 2011, p 129) The recovery from spinal cord injury is individual and depends on many factors, including nature, height, extent and degree of difficulty of the injury. Great extent of activity and participation limitations are related to limitation of movement – due to the functional disorder that is caused by spinal trauma, wheelchair often becomes the main aid to move around. Depending on the injury help is often needed to perform activities of daily living.

Unemployment is one of the main and also most serious problem among persons with spinal cord injury. Quality of life is significantly affected by the lack of professional activities (Ottomanelli & Lind, 2009, p 503; Kang *et al.*, 2014, p 39). Difficulties arise in continuing work at the acquired specialty and workplace due to the limitations of movement, especially when work is physical in nature. Understanding attitude and support of family and friends has a big influence on quality of life and livelihood. In Estonia, various educational, social and labour market services are provided to working-aged persons with disabilities.

In current quantitative research a random sample was used, persons who speak Estonian as much as needed to complete the questionnaire were allowed to answer from all over Estonia. Semi-structured questionnaire was used for data collection.

The study sample consisted of 41 persons with spinal cord injury of whom 80,5% were men. The mean age of respondents was 35,6 years and the average time elapsed since trauma was 11,9 years. Respondents lived in ten counties, most in Tallinn, Harju county. All of the respondents who noticed their residence in Tallinn work – therefore it can be said that residence is decisive in getting a work. The accessibility of transport was considered to be highly important factor of starting a work.

73% of respondents worked before trauma, 68% are currently employed, of whom 16% continued working at the same institution. There are both – employees and enterprisers and also many persons with cervical injury participate in the labour market. Work is done at home and also outside. For the first time, working was started on average 4,2 years after the trauma. These results are supported by the position of authors working

experience – first years after the trauma, the objectives of rehabilitation are to adapt with the situation, to improve physical fitness level, to obtain the maximum independence in dealing with activities of daily living.

The support of family and friends were considered to be very important factor. Less important factors were lack of motivation, low self-esteem, excessive need for assistance at workplace, previous experience and possibility to work at home. When evaluating overall situation in Estonia, it was found that in addition to previously mentioned, an important facilitating factors are national support services and society's positive attitude to disabled persons.

Based on the results and thoughts that arose, the following proposals are made to engage spinal cord injured patients to work:

- To ensure better availability of transport to and from the workplace. This includes also smaller towns and countryside.
- To inform, counsel and motivate employers to be more willing to hire persons with disabilities.
- To provide a greater degree of peer counselling to persons with spinal cord injury and their families.
- To ensure supportive and understanding environment for increasing motivation and self-esteem of spinal cord injured persons to participate in labour market.

In future researches with similar objectives, greater sample size is needed to obtain statistically significant results that can be generalized to whole population. Greater extent of groundwork is needed for choosing the factors to be assessed and more counties and Russian-speaking populations should be involved. Current study might be interesting to rehabilitation institutions that work with persons with spinal cord injuries, consultants of Töötukassa, employers and workers of local governments – all of those are greater of lesser extent engaged with getting persons with spinal cord injury to be employed.

Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Krete Ledis,

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose

Töölesaamist määravad tegurid seljaajutraumaga inimeste näitel,

mille juhendaja on Kandela Õun ja kaasjuhendaja Margot Bergmann,

1.1. reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;

1.2. üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.

2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.

3. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Pärnus, 18.05.2016